DAS SCENOTESTSPIEL DES BETTNÄSSENDEN KINDES

Gerhard Walter Engler

1972

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546015_0054

Aus der Kinderpoliklinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. H. Spiess

Das Scenotestspiel des bettnässenden Kindes

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Gerhard Walter Engler

aus
München

München 1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. G. Biermann
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. H. Spiess
Dekan:	Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 11.Juli 1972

DISSERTATIONS – und FOTODRUCK FRANK oHG
8000 München 2 · Gabelsbergerstr. 15 · Tel.: 2 80 90 90

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

A. Einleitung 1

I. Geschichtliche Entwicklung des Scenotests

II. Fragestellung dieser Arbeit 2

B. Der Scenotest 3

I. Einleitung
II. Allgemeines über projektive Tests
III. Vergleich des Scenotests mit dem Rorschachtest 4
IV. Entwicklung und Aufgabe des Scenotests
V. Die Frage der Auswertung des Scenotests 5
1. Entwicklungspsychologische Auswertung
2. Tiefenpsychologische Deutung 6

VI. Die Beschreibung des Testmaterials und seine Deutung 6

1. Die Elemente des Spiels
2. Die Deutung der Spielelemente 7

VII. Formale Aspekte im Scenotest 12

C. Die Enuresis 14

I. Die descriptive Richtung
II. Die psychoanalytische Richtung

1. Die individualpsychologische Richtung mit Adler
2. Die Daseinsanalyse mit von Weizsäcker
3. Das Freudsche Modell 15
4. Christoffel - Uropolemie und Urophilie
5. Enuresis als Durchbruchssymptom 16

III. Enuresis - Entwicklungspsychologische Entstehungserklärung
1. Die orale Phase
2. Die anale Phase 17
3. Die urethrale Phase 18
4. Die phallische Phase

IV. Zusammenfassung

D. Das Material 20

I. Die Auswahl der Fälle
1. Stichprobe und Kontrollgruppe
2. Auswahlkriterien
3. Zusammensetzung der Kontrollgruppe
4. Zusammensetzung der Stichprobe 21

II. Anamnestische Gesichtspunkte 22

1. Der konstitutionelle Faktor
2. Der prägende Faktor
3. Der strukturierende Faktor 26
4. Die Kinderzahl 30
5. Bildungsstand der Eltern 33
6. Beruf der Eltern 34
7. Geschwisterbeziehung 35

Seite

III. Bisherige Arbeiten über Enuresis und Scenotest 36

1. von Staabs
2. Knehr
3. Berger und Rennert 37
4. Kächele-Seegers
5. Malmivaara und Kolho 38

E. Auswertung des Scenotests in der vorliegenden Arbeit 39

I. Vergleich mit der Grundgesamtheit

II. Auswertung der einzelnen Spielelemente 40

1. Direkte Hinweise auf die Enuresis

1.1. Allgemeine Charakteristik
1.2. Aufschlüsselung der direkten Hinweise 41
1.3. Zusammenfassung 48

2. Das Oralitätssyndrom 51

2.1. Essenszenen
2.2. Verwendung von Trinkgefäßen 53
2.3. Fressende Tiere 55
2.4. Essenswünsche 56
2.5. Obstverwendung
2.6. Zusammenfassung 56

3. Das phallische Syndrom 58

3.1. Leistungssyndrom
3.1.1. Schultafel 59
3.1.2. Allg. Materialverwendung 61
3.2. Ehrgeizsyndrom 63
3.2.1. Türme
3.2.2. Prinzessin 66
3.3. Auto und Eisenbahn 67
3.4. Rahmensprengung 68

4. Das Regressionssyndrom 71

4.1. Einleitung
4.2. Linksausrichtung
4.3. Engel 72
4.4. Baby 73
4.5. Fell 75
4.6. Sitzszenen 76
4.7. Schlaf- und Sitzszenen
4.8. Zusammenfassung 77

5. Das Aggressionssyndrom 80

5.1. Krokodil
5.2. Ganter 81
5.3. Fuchs 82
5.4. Zusammenfassung 83

6. Das Angstsyndrom 86

6.1. Polizist 87
6.2. Ausklopfer
6.3. Angst vor Tieren 88
6.4. Horror vacui

Seite

6.5. Schutz. bzw. Festungsbauten 89
6.6. Umgrenzungen
6.7. Zusammenfassung 90

7. Analyse der gespielten Scenen im Hinblick auf Konflikte im sozialen Bereich 95

7.1. Quantitative Auswertung der verwendeten Figuren 96

7.1.1. Personenspiele, Spiele ohne Personen 97
7.1.2. Vaterfigur 98
7.1.3. Mutterfigur 99
7.1.4. Kinderfigur 100
7.1.5. Kombination Vater und Mutter 101
7.1.6. Spiele mit nur Erwachsenenfiguren
7.1.7. Zusammenfassung 102

7.2. Qualitative Auswertung der verwendeten Figuren 102

7.2.1. Kuh, als Muttersymbol 104
7.2.2. Mutterfigur
7.2.3. Vaterfigur 105
7.2.4. Kombination Mu/Va und GV/GM 106
7.2.5. Eifersucht 107
7.2.6. Selbstdarstellung
7.2.7. Zusammenfassung 109

8. Zwei Fallbeispiele als Gesamtbilder und Beispiele einer umfassenden Interpretation.

Monika 110
Elisabeth

F. Zusammenfassende Diskussion 113

Ergebnisse 113
Kurzzusammenfassung 118

G. Literaturverzeichnis 119

A. Einleitung

I. Geschichtliche Entwicklung des Scenotests

Seit Gerdhild VON STAABS auf Grund der Konfliktdarstellung eines 5-jährigen Stotterers mit Hilfe des Spiels zur Konzeption des Scenotests gelangte, ist dieser Test in Tausenden von Einzelfällen in der kinderpsychologischen Praxis angewandt worden.

Das erste Jahrzehnt nach der Einführung des Tests bringt neben Arbeiten der Verfasserin nur kurze Diskussionen von VON POTEN über die Verwendung des Scenotests zur tiefenpsychologischen Untersuchung des Kindes und von HÖHN über entwicklungsspezifische Verhaltensweisen im Scenotest. Es scheint so gewesen zu sein, daß erst nach 1953 der Scenotest eine größere Beachtung in Fachkreisen, besonders in den Erziehungsberatungsstellen als kindertherapeutisches Testmaterial gefunden hat.

In der Zeit von 1950-1960 erschienen die richtungsweisenden Arbeiten von BIERMANN und ENGELS. Schon hier lassen sich zwei Richtungen unterscheiden, die die Verfasser einnehmen. Während ENGELS allgemeine Erfahrungen mit dem Scenotest wiedergibt bzw. eine Einzelfallanalyse vorstellt, wie dies auch VON STAABS in ihrem Buch getan hat, verfolgt BIERMANN eine andere Richtung. Er versucht den Scenotest aus der rein kasuistischen Einzelfallanalyse zu befreien und die übereinstimmenden Scenen und die Verwendung des Materials darzustellen, die sich bei der Analyse des Scenotests bei bestimmten Formen von Krankheiten zeigen. Die Hypothese, die dahintersteht, lautet, daß der Scenotest nicht nur, wie HÖHN es beschrieben hatte, abhängig ist vom Entwicklungsalter des Patienten, sondern daß bestimmte Formen von Krankheiten sich auch in der Gestaltung des Scenotests manifestieren können. BIERMANN untersuchte auf diese Art jugendliche Diebe und besonders das Scenotestspiel von Schizophrenen. HEINBERG untersuchte geheilte Kinder, die unter Tbc-Meningitis gelitten hatten, und verglich Scenotests vor und nach der Heilung. ZIERL beschrieb das Scenotestspiel des diabetischen Kindes, JAIDE das Verhalten Pubertierender im Scenotestspiel. MALMIVAARA und KOLHO untersuchten an Hand des Scenotests die Persönlichkeit von stotternden und bettnässenden Kindern, BERGER und RENNERT Enuretiker und Enkopretiker. WEBER schließlich beschrieb Jahre nach BIERMANN das Scenotestspiel bei psychotischen Kindern und Jugendlichen.

Von 1960 an werden die Untersuchungen differenzierter. Die Arbeiten bis 1960, die sich mit bestimmten Krankheitsformen beschäftigen, vergleichen fast ausnahmslos nur eine kleine Patientengruppe mit einer ebenfalls kleinen Gruppe normaler Kinder. So führten BERGER und RENNERT ihre Untersuchungen an nur 20 Kindern durch, wobei diese kleine Zahl noch einmal in die beiden Krankheitsformen Enuresis und Enkopresis geteilt wird. BIERMANN stellt in seinem Artikel "Das Scenospiel der Schizophrenen" zum erstenmal eine große Stichprobe vor, wobei er 200 Spiele Schizophrener auswählt. Die Entwicklung geht in den Jahren danach in dieser Richtung weiter.

In neuerer Zeit steht die Statistik als neues Gebiet auch der Medizin zur Verfügung. Dies zeigte sich in den letzten Jahren in einigen bemerkenswerten Veröffentlichungen über den Scenotest. Unter anderem sind dabei zu erwähnen die beiden Dissertationen von MELAMED-HOPPE und KÄCHELE. In beiden Arbeiten wird das gesamte Patientengut der Psychosomatischen Beratungsstelle der Kinderpoliklinik München von 1959 an verwendet. Es handelt sich dabei um etwa 1000 Fälle. Bei diesen wurde der Scenotest als Testinstrument verwendet. Von den aufgebauten Scenen stand ein Dia sowie ein Testprotokoll zur Verfügung. MELAMED-HOPPE arbeitete über Schlüsselsituationen im Scenotest, KÄCHELE beschäftigte sich dagegen mit den sogenannten Vulgärlösungen im Scenotest. Dabei untersuchte sie mit Hilfe des

Chi^2-Tests und der Rangkorrelation die Verwendung der einzelnen Vulgärkombinationen im Hinblick auf die Faktoren Alter, Geschlecht und Krankheit. Die Ergebnisse der Arbeit lassen den Schluß zu, daß die Scenotestgestaltung, wie auch schon HÖHN geschrieben hatte, in den einzelnen Altersstufen verschiedenartig ist, so daß bestimmte Vulgärlösungen in der jüngsten Altersstufe kaum, in der Gruppe der Ältesten beispielsweise zu etwa 40 % vorkommen.

II. Die Fragestellung dieser Arbeit

Wir versuchen in dieser Arbeit ähnlich wie BIERMANN, JAIDE, BERGER und RENNERT die folgende Frage zu beantworten:
Zeigen sich bei Kindern mit der gleichen Krankheit, in unserem Fall der Enuresis, in der Verwendung des Spielmaterials, in der Spielgestaltung und in der Darstellung von Konflikten Gemeinsamkeiten; lassen sich an Hand dieser Gemeinsamkeiten die Scenotestspiele von Enuretikern von einer Vergleichsgruppe unter Verwendung statistischer Prüfverfahren trennen?

Um diese Frage zu beantworten gehen wir von folgenden Annahmen aus:

1. Nach VON STAABS manifestieren sich die psychischen Grundhaltungen und nicht gelösten Konflikte in der Scenotestgestaltung.
2. Die Scenen drücken aus:
   - 2.1. in triebdynamischer Hinsicht:
     Angst, Aggression, Regression, Produktivität, Gestaltungskraft;
   - 2.2. in phasenspezifischer Hinsicht:
     Elemente der oralen, analen oder phallischen Phase;
   - 2.3. in sozialer Hinsicht:
     Zu- oder Abwendung von der Umwelt, Konflikte mit Personen oder harmonisches Zusammenleben.
3. Enuretiker-Kinder zeigen im Scenotestspiel auf Grund ihres Symptoms ähnliche charakteristische Spielgestaltungen. Dieser Hypothese liegen die folgenden Hypothesen über Enuresisgenese zugrunde:
   - 3.1. Kinder mit dem Symptom "Enuresis" haben eine spezifische Charakterstruktur bzw. mehrere in freier Variation miteinander verbundene Charakterzüge.
   - 3.2. Die Enuresis ist Ausdruck einer neurotischen Entwicklung, die sich durch sekundären Krankheitsgewinn verfestigt hat (psychodynamische Erklärung).
   - 3.3. Die Enuresis ist Ausdruck einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung;
   - 3.4. einer starken Geschwisterrivalität (milieutheoretische Erklärung);
   - 3.5. einer mißlungenen Sauberkeitserziehung (lerntheoretische Erklärung).
4. Zusammenfassung: Der Enuresis liegt nicht e i n bestimmter neurotischer Konflikt zugrunde, sondern verschiedene unterschiedliche neurotische Störungen, die in dafür sensiblen Phasen des Kindes auftreten. Diese Störungen können auch zu einer anderen Symptomwahl führen.

   Daß es zur Enuresis beim Kind kommt, liegt:
   - 4.1. z.T. an einer ererbten Organanfälligkeit (HALLGREEN, ADLER);
   - 4.2. an dem phasenspezifischen Zeitpunkt der Störung, besonders der Haltung der Eltern vor und während der Sauberkeitsphase zur Sauberkeitsgewöhnung;

4.3. an der Anzahl der gestörten Phasen (orale Phase: qualitativ zu wenig Liebe; anale Phase: zu starke Betonung der Sauberkeitserziehung; phallische Phase: zu starke Unterdrückung der Motorik);

4.4. an den Umweltbedingungen (broken home; z.B. zu harte Erziehung);

4.5. an der fehlenden, quantitativ unzureichenden oder qualitativ neurotischen Mutter-Kind-Beziehung und anderer Mitursachen, die bisher noch nicht genau erforscht worden sind.

B. Der "Scenotest"

I. Einleitung

"Der Scenotest, eine medizinisch-psychologische Untersuchung und Behandlungsmethode, dient als Beitrag zur Erfassung der seelischen Einstellung der Versuchspersonen gegenüber den Menschen und Dingen in der Welt, besonders in Bezug auf ihr affektives Leben, unter spezieller Berücksichtigung tiefenpsychologischer Faktoren. Darin vermittelt er ein Bild von der Gesamtstruktur der Versuchsperson, ihrer Wesensart, ihren Begabungen, bewußten Neigungen und Charaktereigenschaften!"(Gerdhild von Staabs, Der Scenotest, 3. neubearb. und erw. Auflage 1964, S. 9, Einleitung).

Diese Sätze zeigen einiges über die Entwicklung dieses Testes auf. In der 2. neubearbeiteten Auflage 1951 schrieb VON STAABS, ebenfalls in der Einleitung, er sei ein Beitrag zur Erfassung unbewußter Problematik bei Kindern und Jugendlichen, er "ermöglicht die spezielle Mitberücksichtigung tiefenpsychologischer Faktoren". Die Erweiterung und Annahme, der Scenotest vermittle ein Bild von der Gesamtstruktur der Versuchsperson, ihrer Wesensart, ihren Begabungen, ihren bewußten Neigungen und Charaktereigenschaften, ist seit 1951 neu hinzugekommen. Es ist allerdings nicht gesichert, ob diese Formulierungen den Ergebnissen bisheriger Forschung entstammen oder ob sie dem Arzt, der den Scenotest in seiner Praxis anwendet, mehr Zutrauen zu diesem Test geben sollen.

II. Allgemeines über projektive Tests

Nach den alten Testverfahren, die auf die Intelligenz ausgerichtet waren, gab es zur Zeit der ersten Bearbeitungen des Scenotests keinen Test, der für Kinder wie Erwachsene in gleicher Weise verwendet und analysiert werden konnte. Der Rorschach-Test war zwar schon entwickelt, doch ist er auch heute noch trotz intensiver Validisierungsversuche nicht für alle Kinder und nicht für jede Altersstufe anwendbar. Der Scenotest unterscheidet sich sehr stark vom Rorschach-Test. Beide gehören jedoch zur Gattung der projektiven Tests. Die Projektionshypothese, die ihnen zugrunde liegt, lautet in der Formulierung von FRANK, 1939: "Es handelt sich bei projektiven Tests um mehrdeutige, offene Testaufgaben, die zu Deutungen oder zu Verhalten auffordern, wodurch der Proband Emotionen, Phantasien, Antriebe offenbart, sein eigenes Erleben gleichsam in das Testmaterial hineinprojiziert."

Bei dieser breiten Definition fallen sowohl der Rorschach- wie auch der Scenotest in die Reihe der projektiven Tests.

III. Vergleich des Scenotests mit dem Rorschachtest

Der Rorschachtest hat eine andere Wertigkeit als der Scenotest. Er bietet dem Probanden unstrukturiertes, mehrdeutiges Material, das er zu deuten hat. Jede Deutung enthält nun einen Teil dessen, was der Proband in den Tintenklecksen sieht, und einen anderen Teil, von dem angenommen wird, daß er aus dem unbewußten Leben des Probanden stammt. Beim Rorschachtest können allerdings nur bestimmte Grundhaltungen mit einiger Sicherheit als in das Testmaterial projiziert angenommen werden. So kann der Analytiker die Projektionen von Angst und Aggression recht leicht diagnostizieren. Dagegen können andere Haltungen, wie sexuelle Schwierigkeiten, Mutterbindung oder Vaterrivalität nur aus sogenannten Komplexantworten erschlossen werden. Es geben aber nicht alle Versuchspersonen solche Komplexantworten und ihre Deutung ist natürlich umstritten, da sie meist sogenannte Individualantworten und damit nicht vergleichbar sind. Der Rorschachtest gibt der Versuchsperson die Möglichkeit, eigene Konflikte, die in ihr selbst liegen, zur Darstellung zu bringen. Dies ist seine Stärke. Seine Schwäche bleibt, daß die Außenweltbeziehung der Versuchsperson aus dem gedeuteten Material nicht ersichtlich ist.

Der Scenotest hat eine ganz andere Aufgabe und Ausstattung. Er enthält Material, das dem Kind aus dem täglichen Leben bekannt ist, und es anregt, etwas mit diesem Material zu tun. Es handelt sich zuerst einmal um mehrfarbige Bausteine, Rundhölzer, die als Säulen verwendet werden können. Aus den Rundsteinen und -hölzern können mit einiger Phantasie Zimmer, Häuser und andere Scenen gestaltet werden. Weiter enthält der Scenokasten Menschenfiguren. Sie sind aus elastischem Material geformt und geben dem Kind die Möglichkeit, die Gliedmaßen der Figuren zu biegen. VON STAABS kam nicht zufällig auf die Auswahl der Elemente, sondern legte tiefenpsychologische Erwägungen zugrunde. Sie ging davon aus, daß das Kind im Elternhaus den Einflüssen verschiedenartiger Erziehungshaltungen, Persönlichkeiten der Eltern und von anderen Anwesenden, wie Großeltern und Geschwistern, ausgesetzt ist, und daß diese Art des emotionalen Klimas sich beim Kind nicht nur in einer Lebensgrundstimmung, wie z.B. dem Vertrauen, das bei diesem Klima im ersten Lebensjahr entstand, niederschlägt, sondern auch in einem bewußten Verständnis der jeweils bestehenden Konflikthaftigkeit der elterlichen und geschwisterlichen Beziehungen. Wenn sich also sozusagen die Konflikthaftigkeit des Erzeihungsmilieus beim Kind ablagert, ohne daß es etwas davon bemerkt, so kann dieser Kinflikt das Kind eine Rolle auswählen lassen, die es in diesem Milieu als Konfliktausgleich zu spielen hat. So wies besonders auch RICHTER in den Büchern "Eltern, Kind, Neurose" und "Patient, Familie" auf die Projektionen hin, die Eltern auf ihre Kinder richten und denen die Kinder dann sozusagen wie ein Echo auf den Anspruch ihrer Eltern zur Verfügung stehen.

IV. Entwicklung und Aufgabe des Scenotests

Die Annahme vonGerdhild VON STAABS ging dahin, daß das Kind, dem diese Konflikte "eingebildet" sind, damit über eine unbewußte Formung verfüge, die sein Sosein und sein Leben bestimmen. Nur besteht der Unterschied zum Erwachsenen darin, daß der Erwachsene durch reflektierendes Bewußtsein einige der Faktoren, die sein Leben determinieren, erkennen kann, während dies dem Kind nicht möglich ist. Beim Kind kann man also in einer Exploration auch nicht nach solchen Konflikten fragen, indem man es z.B. vor die Entscheidung stellt, wen es lieber hat, den Vater oder die Mutter, sondern kann solche Themen nur streifen und wird sich auf die Antworten dieser Kinder nicht verlassen können, da sie häufig aus Angst vor den Eltern gegeben werden oder aus Unkenntnis der Schwierigkeiten in der Familie und im Kind selbst. Wenn es möglich ist, das Kind zu veran-

lassen, Scenen aus dem häuslichen Alltag zu spielen, so können sich darin Konflikte in seiner Familie, die das Kind formen und "verformen" können, kundtun. Das Verständnis von der darstellenden Funktion des Spiels und der Wunsch nach der Herstellung geeigneten Spielmaterials, in dem das Kind seine Umwelt und seine Beziehung zu den nächsten Bezugspersonen - wie das Kind sie zu sich und seinen Geschwistern erfährt - darlegt, lieferte die Grundidee für die Entwicklung des Scenotests. In der praktischen Anwendung wird das Kind aufgefordert, eine Scene aufzubauen, die es sich in seiner Phantasie vorstellt. Es wird also in jeder Scenogestaltung viel persönliches Material vorhanden sein. So geht VON STAABS bei ihrer Anweisung für die Auswertung nach folgenden Gesichtspunkten vor:

Die aufgebaute Scene kann
a) der Wirklichkeit entsprechen - Tatbestandsdiagnostik,
b) der Wirklichkeit nicht entsprechen, sondern dem (affektiven) Innenleben des Untersuchten (Angst oder Wunsch) - Persönlichkeitsdiagnostik.

Sie fährt dann fort: "Die Versuchsperson, die dann wirklich nicht weiß bei einer späteren Exploration, daß sie die Wirklichkeit oder die Ängste und Wünsche dargestellt hat, hat also in tiefenpsychologischem Sinn Unbewußtes dargestellt."

V. Die Frage der Auswertung des Scenotests

Nachdem das Kind eine oder mehrere Scenen aufgebaut hat, stellt sich also die Frage, wie diese zu bewerten sind. Man kann dabei auf zwei Arten vorgehen:

1. Entwicklungspsychologische Auswertung

Dabei versucht man möglichst viel von dem, was das Kind dargestellt hat auf sein Alter und seinen Entwicklungsstand und dessen Phasen zurückzuführen. Man wertet den Scenotest nach entwicklungspsychologischen Kriterien aus. Untersuchungen über die entwicklungspsychologisch erklärbaren Unterschiede zwischen Scenotest-Gestaltungen von Kindern verschiedenen Alters wurden zum erstenmal von HÖHNE 1946 durchgeführt und in der jüngsten Vergangenheit besonders durch die Arbeit von KÄCHELE erweitert. Sie untersuchte in ihrer Dissertation das Vorkommen von 24 Vulgärlösungen, wie Biermann 1962 angegeben hat, bei unterschiedlichen Altersstufen und verschiedenem Geschlecht. Sie verwandte dazu das gesamte vorliegende Material der psychosomatischen Beratungsstelle der Kinderpoliklinik der Universität München und kam zu folgenden Ergebnissen:

1.1. Bestimmte Vulgärlösungen werden so häufig verwendet, daß sie im Sinne der Definition der Rorschachschen V-Antwort signiert werden können.

1.2. Die Häufigkeit, mit der die einzelnen Vulgärlösungen in bestimmten Altersstufen auftreten - KÄCHELE unterschied 4 Altersstufen: 2-5, 6-8, 9-11 und 12-15 jährige -, ist sehr unterschiedlich. Es stellte sich z.B. heraus, daß dieselbe Vulgärlösung in der ersten Altersstufe noch mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 % verwendet wird, dagegen in der Alterstufe der 12-15 jährigen nur noch bei 4-5 % der Fälle auftritt. Diese allein durch das Alter bestimmten Unterschiede in der Gestaltung der Scenotests müssen natürlich bei der Interpretation dieser Scenen berücksichtigt werden. Wenn z.B. ein Mädchen im Alter von 3 Jahren die Scene "Baby mit Flasche" verwendet, ist dies nicht so auffällig, als beispielsweise bei einem Jungen im Alter von 13 Jahren. Während der Aufbau einer solchen Scene im ersten Fall stark von der entwicklungspsychologischen Situation der 3 jährigen mitbestimmt ist, spricht diese

beim 13 jährigen gegen den Aufbau einer solchen Scene. Hier kann der Analytiker eher auf einen unbewußten Konflikt schließen, als im ersten Fall. KÄCHELE stellt ferner heraus, daß die Häufigkeiten, mit der die beiden Geschlechter bestimmte Vulgärlösungen spielen, sehr stark voneinander verschieden sein können. So wird die Vulgärlösung "Baby mit Flasche" oder "Baby mit Töpfchen" bei allen Altersstufen der Buben nur mit einem Prozentsatz zwischen 4 und 6 verwendet, während sie bei den Mädchen zwischen 12 und 20 % in den einzelnen Altersstufen schwankt.

2. Tiefenpsychologische Deutung

In diesem Fall geht man von der Hypothese aus, daß das Kind in seine Scenotest-Gestaltungen ihm unbewußtes Material hineinverarbeitet. Die Darstellung dieses unbewußten Materials ist das Bild, wie es beim Erwachsenen im Traum geschieht. Die Verarbeitung des unbewußten Materials im Traum weicht aber von der im Scenotest ab. Während im Traum die Inhalte, die dargestellt werden sollen, durch die Traumarbeit mittels Verschiebung und Verdichtung unkenntlich gemacht sind und erst durch die freie Assoziation deutbar werden, verwendet das Kind die vorgegebenen Figuren direkt in ihrem realen und in ihrem symbolischen Aussagewert. Im zweiten Fall wären die Figuren des Spiels dann nicht nur als reale Personen und Tiere anzusehen, sondern sie können für Wünsche, Hoffnungen, Ängste und Konflikte stehen, die diese Personen "allgemein" symbolisieren. Als Beispiel wäre hier die Kuh zu nennen, die nach dieser Auffassung die Vitale Mütterlichkeit symbolisiert, oder der Polizist, der nicht als realer zu denken ist, sondern als eine bedrohende Vaterfigur gedeutet wird.

VI. Die Beschreibung des Testmaterials und seine Bedeutung

1. Die Elemente des Spiels

Der Scenotest besteht aus 130 Elementen.

1.1. Puppenfiguren

2 Großvaterfiguren
3 Vaterfiguren
3 Mutterfiguren
8 Kinderfiguren

1.2. Tiere

8 Haustiere
1 Vogel
1 Krokodil
1 Fuchs
1 Affe

1.3. Pflanzen

5 Bäume
3 Beete
3 Blumen

1.4. Fahrzeuge

1 Lokomotive
3 Anhänger
2 Autos

1.5. Alltagsgegenstände

2 Sitzgelegenheiten
2 Klosetts
2 Essgeräte
2 Früchte
9 sonstige Gegenstände

1.6. Bauhölzer

31 Vierkanthölzer
17 Rundhölzer

2. Die Deutung der Spielelemente

2.1. Puppenfiguren

2.1.1. Großeltern und Eltern

Gerhild VON STAABS schreibt, daß sie ein Großelternpaar und zwei Elternpaare bewußt ausgewählt hat, wobei das eine Elternpaar traditionellen Leitbildern der Eltern entspricht und das andere mehr dem gesellschaftlich ambitionierten Typ. Die Großelternfiguren können allerdings auch anders gedeutet werden, z.B. der Großvater als ein alter Onkel, als Rektor, als Pastor oder auch als ein bedrohender Vater. Die Großmutterfigur, die in ihrer Gestaltung und auch in ihrer Kleidung einer Großmutter der Märchenwelt entspricht, kann nach der Meinung von VON STAABS als Urgestalt der Mutter überhaupt, als übermenschliches Wesen im guten und im bösen Sinne, als Magna Mater, in einer Scene auftreten. Hier geht also VON STAABS nicht so sehr auf Freudsche, als auf Jungsche Vorstellungen von Mutter- und Vater-Imago zurück.

2.1.2. Geschwisterfiguren

Die Elternfiguren werden erweitert durch einen Kreis von "Geschwistern" oder "Spielkameraden". BIERMANN schreibt dazu, daß es solche Figuren sind, mit denen sich das Kind im Testspiel wie im Leben identifiziert, bzw. seine emotionellen und affektiven Regungen auslebt.

Das Kind kann also durch die Stellung der Personen zueinander, die Stellung des Kindes zu seinen Eltern oder des Vaters zur Mutter usw. symbolisieren, in welchem Konflikt es in seinem Elternhaus steht. Hierbei drängen sich bei manchen Scenengestaltungen direkt Deutungen auf. Wenn z.B. eine Mutter oder Großmutter auf ein Gebäude gesetzt wird, so bietet sich sehr stark die Deutung an, daß hier die überbeherrschende, nicht loslassende Mutterfigur erlebt wird. Solche Gestaltung finden wir nicht nur beim Scenotest, sondern auch in Dichtungen. So läßt beispielsweise Adamov in seinem Stück "Die Heimkehr" einen jungen Mann, der nach zwei mißglückten Eheversuchen zur Mutter zurückkehrt, diese über ihm auf einem Klavier thronend vorfinden. Die letzte Szene zeigt, wie diese Allmutter ihn dann in einen Kinderwagen stößt. Der Kreis vom Baby über das Erwachsensein zu erneutem Babysein ist damit wieder geschlossen.

2.1.3. Prinzessin- oder Prinzenfigur

Unter den Kinderfiguren ist noch die Prinzessin- oder Prinzenfigur besonders interessant, da sie an Märchen erinnert, in denen fast immer Prinzen und Prinzessinnen vorkommen. Auch FREUD schreibt in "Der Familienroman der Neurotiker", daß die

Neurotiker häufig Phantasien haben, daß sie von sehr hoher Abkunft sind und daß dies nur nicht bekannt ist.

Das alte Märchenmotiv endet so, daß ein Prinz erst nach einer Begegnung mit einem guten Menschen oder einer guten Frau oder wegen der Treue eines armen Mädchens in seine ursprüngliche Gestalt zurückverwandelt wird. Solche Selbst-Darstellungen im Sinne narzistischer Überschätzung in der Phantasie können sich im Scenotest kundtun, wenn nämlich das Kind sich selbst mit der Prinzessin- oder Prinzenfigur identifiziert. KNEHR schreibt über die Kinder, die die Prinzessin wählen: "Die sachlich und auf Leistung eingestellten Kinder wählen die Prinzessin nicht als Identifikationsfigur, wohl aber die egozentrischen und in der Realität zurückgesetzten, die bewußt oder unbewußt aus ihrer Aschenbrödelrolle erlöst sein und wenigstens in der Welt der Phantasie über den anderen thronen möchten."

2.1.4. Baby-Figur

Außerdem kommt noch ein Baby vor, das besonders für Mädchen einen starken Aufforderungscharakter hat, es zum Objekt der Fürsorge zu machen. Dann wird häufig auch die gesamte Anlage, wie KNEHR schreibt, dazu benutzt, dieses Baby in den Mittelpunkt zu stellen und Themen wie Geborgenheit, Taufe oder Krankheit darzustellen. Es kann aber auch sein - und dies ist für unsere Auswertung interessanter -, daß ein Baby abseits gelegt wird oder aggressiv von einem Tier angefallen wird. Dann könnte die Vermutung dahin gehen, daß das Kind damit eine Rivalität gegenüber einem neugeborenen Geschwister ausdrücken will, die in Todeswünschen gipfelt. Das Kind drückt dann die Todeswünsche so aus, wie es sie in seinem Alter verstehen kann, und fragt z.B. wann das Baby wieder fortfährt und möchte, daß es fortfährt.

2.1.5. Menschenfiguren

Für uns interessant ist auch die Frage, wie viele Menschenfiguren das Kind benutzt. Beim Rorschach-Test wird aus der Anzahl der Menschenfiguren ein M % errechnet, das dann gering ist, wenn wenige oder gar keine Personen aus den Klecksen gedeutet werden. Wie dort, kann auch im Scenotest das Fehlen von menschlichen Figuren auf den Mangel an Verbundenheit mit den Personen der Umwelt hindeuten. Dies kann natürlich verschiedene Ursachen haben. Es mag einerseits bei einem schizoid strukturierten Kind vorkommen, daß es aus Mangel an mütterlicher Liebe keine Gefühlskräfte entwickeln kann, die es auf die Umwelt richten kann. Es kann aber auch sein, daß das Kind aus einer Verwöhnungshaltung heraus nur sich selbst sieht und die Umwelt nur benutzt und deshalb sich zu sehr in den Mittelpunkt stellt.

KNEHR meint, daß das Fehlen der menschlichen Figuren beim Scenotest noch gravierender sei als beim Rorschachtest, weil der Rohrschachtest ja mehrdeutiges Material anbietet, das a u c h als menschliche Figuren gesehen werden kann, während die beweglichen menschlichen Puppen des Scenotests einen viel stärkeren Aufforderungscharakter haben, weil sie ja wie wirkliche Menschen gestaltet sind.

Die Figuren, die im Scenotest aufgebaut werden, müssen nicht die Realität darstellen. Sie können auch Wünsche oder Konflikte ausdrücken. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein Kind, das keine Mutter hat, eine Mutterfigur darstellt, oder wenn ein Einzelkind

durch die Verwendung eines Babys entweder den Wunsch ausdrücken will, wieder so versorgt zu werden, wie dieses Kleinkind oder aber auch den entgegengesetzten Wunsch, daß es noch ein Brüderchen oder Schwesterchen haben möchte. Hier kommt es sehr stark auf den Kontext an, auf das, was das Kind beim Aufbau des Scenotests sagt und was es später auf eine geschickte Exploration antwortet.

2.2. Die Tiere

Auch die Tiere sollen nach VON STAABS bestimmte Eigenschaften, Wesensarten und Haltungen symbolisieren. Sie tun das in mehr oder weniger eindeutiger Weise.

2.2.1. Das Krokodil

Am einfachsten zu deuten scheint die Verwendung des Krokodils. Das Krokodil kann mit seinem geöffneten Rachen und den Zähnen Aggressionen ausdrücken, besonders wenn es vom Kind aggressiv verwendet wird und Menschen oder andere Tiere auffrißt. Es kann aber auch sein, daß das Kind nur das Krokodil aus dem Kasten nimmt, weil es ein Krokodil kennt und mit ihm spielen möchte. Es kann sein, daß es alle Figuren wahllos auf die Bühne stellt, ohne Beziehung zueinander. Dann wird man das Krokodil nicht als Aggressionszeichen deuten dürfen. Wenn das Kind das Krokodil mit Mauern abgrenzt und zum Ausdruck bringt, daß das Krokodil heraus möchte, dies aber wegen der Mauer nicht kann, so kann das unter Umständen auf eine Aggressionshemmung hindeuten. Wichtig ist also, daß nicht jedes Krokodil als Aggressionszeichen gedeutet werden kann. Interessant als Ergänzung ist die Darstellung, die BREM-GRÄSER dem Krokodil bei ihrem Test "Familie in Tieren" gegeben hat. Eine Versuchsanordnung, bei der 2000 Buben und Mädchen die wichtigsten Eigenschaften der einzelnen Tiere nennen sollten, ergab beim Krokodil, daß es dem Drachen verwandt ist; ein Untier, ein Dämon aus der Welt der Antike. An negativen Eigenschaften werden ihm die Heuchelei zugeschrieben, es sei unberechenbar, träge, heimtückisch, verschlagen, gefühllos, grausam, gepanzert, menschenfressend und blutgierig. "Im übrigen verkörpert es das dumpfe vegetative Leben im Sinne des Bösen!""(BREM-GRÄSER).

2.2.2. Die Kuh

Von der Kuh wird angenommen, daß sie die Fruchtbarkeit versinnbildet. BREM-GRÄSER schreibt: "In fast allen Mythologien verkörpert sie das Prinzip der Erde, der vegetativen Mütterlichkeit und ihre positiven Eigenschaften sind: gutmütig, milchspendend, nützlich, stark, arbeitsam; ihre negativen: dumm, gefräßig, faul, träge, bockig." Nach der Hypothese von VON STAABS kann die Kuh als Mutterersatz gesehen werden, als ein Tier, in das dieselben Eigenschaften projiziert werden wie in die Mutter, und das wie die Mutter spendende Fülle, aber auch fordernde und bedrückende Macht repräsentieren kann. Nach der Annahme von VON STAABS kann es auch so sein, daß die Mutter als Mutterfigur dargestellt wird und zusätzlich eine Kuh verwendet wird, um die Aspekte, die bei der Mutter vermißt werden, von denen aber das Kind nichts weiß, in der Kuh darzustellen.

Von dieser Hypothese, daß Kinder ihre Erwartungen leichter in Tiere projizieren als in Menschen, ging eine Abart des Thematischen Apperzeptionstests von MURRAY aus (TAT), nämlich der CAT (Childrens Aperceptions-Test) von Leopold und Sonya BELLACK. Allerdings hat sich diese Hypothese bisher nicht verifizieren lassen. Dagegen kam in einer neueren Arbeit von SIMSON das entgegengesetzte Ergebnis heraus. SIMSON verglich CAT und Bilder, bei denen die CAT-Vorlagen als Menschenbilder umgezeichnet wurden. Beide Serien wurden denselben Kindern im Alter von 8 und 9 Jahren in einem Abstand von 14 Tagen gezeigt. Menschenbilder ergaben deutlich längere Geschichten.

Interessant ist auch die Thematik. Ein Thema wie Bestrafung oder dominierende Haltung wird bei den Menschenbildern fast dreimal so oft erwähnt wie beim CAT, Aggressivität etwas mehr als zweimal so oft, während Essen und Flucht gleich oft auftreten, demnach im CAT relativ häufiger. Richard MEILLI schließt daraus, daß Kinder des gewählten Alters spezifisch menschliche Bedürfnisse nicht mehr so leicht auf Tiere projizieren. Dies würde dafür sprechen, daß der Scenotest mit seiner Verwendung von Menschen und Tieren beiden Tendenzen mehr entgegenkommt, als der CAT oder TAT jeder für sich genommen.

Die Verwendung der Kuh als Mutterfigur stammt aus dem Jungschen psychoanalytischen Modell. Jolande JACOBI schreibt in ihrem Buch "Die Psychologie von C.G.Jung", daß die Begegnung mit der Gestalt des gegengeschlechtlichen Seelenbildes, beim Mann die Anima, bei der Frau der Animus genannt, auch von Tieren symbolisiert werden kann, besonders wenn sie in ihrer reinen Triebhaftigkeit erscheinen. So mag die Anima die Form einer Kuh, einer Katze usw. annehmen. Der Animus dagegen kann als Adler, Stier, als Turm, als irgendein phallisches Gebilde in Erscheinung treten.

2.2.3. Der Fuchs

Über den Fuchs schreibt BREM-GRÄSER , daß er fast bei allen Völkern als Hexentier, als Begleiter teuflischer Wesen und Unterweltsdämonen gilt. In den mittelalterlichen Predigtmärchen hält man ihm vier Untugenden vor: Habsucht, Verzweiflung, Falschheit, Verschlagenheit. Die positiven Eigenschaften, die die 2000 Kinder ihm gaben, sind: schlau, gescheit, berechnend, flink. Als negative Eigenschaften nannten sie: verschlagen, hinterlistig, gefräßig, lauernd, falsch, gemein. Roy SCHAEFER führt unter oralagressiver Orientierung Raubtiere wie das Krokodil auf. KNEHR schreibt, daß der Fuchs das Bild des heimlichen Raubens darstelle, und er könne auch als Zeichen für das Suchen nach verborgenem Lustgewinn stehen.

2.2.4. Der Affe

Der Affe wird von VON STAABS als Sexualsymbol gedeutet, scheint uns aber als solches nicht entsprechend belegt zu sein, sondern eher einer Vermutung der Verfasserin zu entstammen. BREM-GRÄSER schreibt, daß der Affe als ein von Gott verwunschener Mensch gilt; in seiner Gestalt erscheinen die Geister, auch der Teufel. Der Mensch verbindet mit ihm etwas Unheimliches, die Karikatur seiner selbst, den Vormenschen. Ihm im Traum zu begegnen erfüllt mit Peinlichkeit oder Angst. Er gleicht dem vertierten Schatten des Menschen. Doch scheint dies weniger tief im mythologischen Schatz verwurzelt zu sein, als es bei den anderen Tieren der Fall ist. Die 2000 Kinder sehen den Affen auch nur als zutraulich-lustig, gelehrig, gescheit oder zänkisch-streitsüchtig, frech, bissig, hinterlistig. Auch Roy SCHAEFER führt den Affen nicht an. JUNG steht etwa in der Mitte zwischen beiden Meinungen, daß der Affe ein bloßes Tier oder das Sexualtier überhaupt sei, wenn er sagt, daß der Affe sich auf die instinktive Persönlichkeit des Träumers bezieht, die er zugunsten einer ausschließlich intellektuellen Einstellung vernachlässigt hat. Er setzt den Affen also schon als Triebzeichen ein. Allerdings bedeutet in einem Traum, den er beschreibt, die Wiederherstellung des Affen die Wiederherstellung dieser instinktiven Persönlichkeit, die durch die Triebdurchbrücke gekennzeichnet gewesen war. So wäre auch JUNG nicht der Ansicht, daß das Zeichen des Affen selbst schon eine sexuelle Problematik bedeutet, sondern daß er als Symbol für den Wunsch stehen könnte, seine Triebe bewußt beherrschen zu können.

KNEHR schreibt dem Affen 3 Aspekte zu:

a) Er kann Kindern, die in ihrer Motorik sehr eingeschränkt waren, als Identifikationsfigur dienen. Hier symbolisiert der Affe die ungehemmte Bewegung. Diese Deutung erinnert an JUNGS Wiederherstellung der instinktiven Persönlichkeit.

b) Bei Pubertierenden kann er der Vertreter der Triebwelt sein. Er gilt z.B. auch in Indien als Sexualtier.

c) Er kann als Ersatz für den Teufel, den Verführer stehen. Hier schließt sich BREM-GRÄSER Deutung an.

2.2.5. Der Hund

Der Hund wird von VON STAABS und mit ihr von KNEHR als Objekt zärtlicher Zuwendung gedeutet. KNEHR meint, er träte als Kamerad isolierter Kinder auf oder als Vertreter des Animalischen schlechthin und schreibt damit dem Hund eine ähnliche Symbolik zu wie dem Affen. BREM-GRÄSER schreibt, daß der Hund als dämonische Kraft erlebt werden kann. Er kann Zukünftiges erfahren. In seiner Gestalt erscheint der Teufel, der Mephisto (Pudel). Schließlich sei aber der Hund das Brudertier geworden. In ihm verkörpert sich das Tierhafte überhaupt. Die Eigenschaften, die ihm zugeschrieben werden, sind: wachsam, treu, gelehrig, dressierbar; oder auch negative Eigenschaften wie aufdringlich, bissig, rauflustig, gefräßig, eifersüchtig.

Weitere Tiere der Testausstattung sind Vögel, Hühner, die Gans, zwei Schweine.

2.2.6. Schwein und Ferkel

Das Schwein mit dem Ferkel kann nach KNEHR wie andere Haustiere, z.B. das Huhn mit dem Küken oder die Gans, als gefüttertes Tier gesehen werden. In seiner Verwendung könnten sich also orale Tendenzen und Thematiken des Kindes, die mit der Oralität zusammenhängen, ausdrücken. Das Schwein kann aber auch ein besonderes Enuresis-Symbol sein. Dies ist dann der Fall, wenn es als Zeichen dafür steht, daß das Kind sich im Sinne der Freudschen Hypothese der Ersatzonanie "wohlig in seinem Dreck suhlt".

Das Schwein kann in einen Stall eingeschlossen sein und damit unter Umständen ein sprichwörtliches Verhalten der Mutter den Kindern gegenüber ausdrücken, die das Kind als Schwein bezeichnet, wenn es wieder eingenäßt hat. Besonders dieses Symbol würde dann darauf hinweisen, daß die Kinder sich als ausgeschlossen erleben und den einzigen Zugang zur Mutter über das Symptom erfahren, wodurch sie zwar erneut ausgeschlossen werden, aber zumindest Beachtung von ihrer Mutter bekommen.

Nach BREM-GRÄSER verkörpert das Schwein Fruchtbarkeit. Es kann Glück, aber auch Unglück bringen (siehe das Sprichwort "wer Schwein hat"). Die Kinder bezeichnen es als nützlich, allesfressend, geduldig, fügsam, quietschvergnügt oder aber auch negativ als dreckig, schmutzig, träge, faul, dumm, gefräßig usw.

Das Schwein kann also als 4. Bedeutung auch die des Fressens haben und damit eine oralaggressive Thematik ausdrücken.

2.3. Die restlichen Materialien

2.3.1. Blumen und Beete

Von den restlichen Materialien wären zuerst Blumen und Beete zu erwähnen, und zwar deshalb, weil wir glauben, daß sie mit den FFB bzw. FBF im Rorschachtest zu vergleichen sind. Die Form- und Farbantworten stellen den affektiven Kontakt dar, die Objektbildung, die Anpassung der Kinder an die Situation, während die FBF, die Farb-Form-Antworten, ein Gradmesser der labilen Affektivität sind. Bei Vorherrschen der FBF über die FFB besteht eine triebhafte Unruhe. So würden wir auch annehmen, daß bei Kindern, die keine Blumen oder Beete in ihr Spiel einbauen, eine emotionale Verkümmerung vorliegt oder auch ein Mangel im allgemeinen Gefühlsbereich, besonders dann, wenn das Fehlen von Pflanzen zusammen mit dem Fehlen von Personen vorkommt.

2.3.2. Weitere Objekte

Die übrigen Objekte haben sehr viel mit dem Haus zu tun. Unter anderem kommen vor der Liegestuhl, der durch das Hineinsetzen von Figuren Passivitätswünsche zeigen kann. Das Fell soll sehr häufig mit dem Hund zusammen vorkommen und ist nach VON STAABS und KNEHR Zeichen des Wunsches nach Zärtlichkeit. Weiterhin enthält das Sceno-Material Tassen und auch Teller. Diese können auf einem Tisch aufgebaut werden, und es kann Obst, das ebenfalls vorhanden ist, dazu gelegt werden.

2.3.3. Eß-Szenen

Eß-Szenen mit viel Obst sollen dabei nach den meisten Untersuchern und dem natürlichen Verständnis eine orale Thematik des Kindes verdeutlichen, nämlich den Wunsch, passiv gefüttert zu werden, etwas zu bekommen, etwas in sich aufnehmen zu dürfen.

2.3.4. Der Klopfer, die Schultafel, das Klo

Der Klopfer kann interessante Hinweise darauf geben, wie das Kind die Strafen im Elternhaus erlebt. Die Schultafel kann darauf hinweisen, in welchem Grad eine Leistungsthematik in diesem Haus herrscht. Das Klo spielt in unserer Untersuchung natürlich eine besonders wichtige Rolle, da es mit der Analität zu tun hat. Das Symptom Bettnässen wird von einem Teil der Forscher als in der analen Phase entstanden und darin besonders durch die Art der Reinlichkeitserziehung der Eltern bedingt erklärt.

2.3.5. Der Schneemann

Als Figur, die zwischen Gegenständen und Personen steht, ist der Schneemann zu deuten. Er kann nach VON STAABS die Freude an den Ereignissen des Winters darstellen. Er kann aber auch, und dies stimmt mit den Inhaltsdeutungen von Roy SCHAEFER überein, die Verlassenheit, Einsamkeit oder Kälte eines Milieus ausdrücken, besonders dann, wenn er neben eine bestimmte Person, z.B. die Mutter gestellt wird.

VII. Formale Aspekte im Scenotest

Vom Gesamten her kann man zuerst einmal über den Aufbau der Szene sprechen. Häufig kommt es bei den Sceno-Gestaltungen vor, daß der Aufbau nicht über die ganze Fläche verteilt wird, sondern sich nur auf einem Teil der Fläche befindet, z.B. auf der linken oder auf der rechten Seite. KLAGES spricht bei einer Ausrichtung nach rechts oder links von Raumsymbolik und wendet ihre Interpretation in seiner Graphologie an. Ein wichtiger Begriff ist dabei das Leitbild, das die Raumsymbolik beherrschen soll. KLAGES spricht vom persönlichen Raum-

sinn und sagt in der Graphologie über die Rechtslage der Schrift, daß sie die vorgeneigte Haltung dessen versinnbildliche, der mit einem anderen in Verkehr tritt, und die als Zustand der Sympathie mit den Begriffen Neigung und Zuneigung bezeichnet wird. Die entgegengesetzte, nach links gerichtete Schriftlage solle dagegen Haltungen wie Abneigung, Zurückhaltung, Ablehnung ausdrücken. Damit weist KLAGES der Linksausrichtung das eher auf sich Bezogen-sein zu, und der Rechtsausrichtung das auf die Umwelt und den anderen Bezogen-sein.

Diese Raumsymbolik wird z.B. im Baumtest von KOCHS verwendet. Dort wird die Linksneigung des Baumes als das sich Bewahrende, vor der Welt Abschirmende betont. Ebenso wird der Wartegg-Zeichen-Test von der Bewegungsrichtung her gedeutet. Die Richtung nach rechts wird gedeutet als die Richtung der Aggression, der Tatkraft, des Angriffs zur Eroberung, zur aktiven "Bewältigung der Umwelt" (KNEHR). KNEHR schreibt, daß auch die Künstler offensichtlich das Streben nach vorne als die Richtung auf das Kommende in der Tendenz nach rechts ausdrücken, sie schreibt ferner, daß immer wieder zu beobachten sei, daß die Figuren, die passive Haltung verkörpern, links gruppiert sind, während die Darbietung selbst auf der anderen Seite stattfindet und auch der Agierende nach rechts tendiert.

Diese Rechts-Links-Orientierung, die bei einem Vorherrschen der Rechtsausrichtung als Progression oder Aktivität gedeutet werden kann, oder die bei starker Linksausrichtung eine Regression andeuten kann, scheint uns ebenfalls sehr wichtig zu sein. Es scheint sich hierin eine allgemeine Symbolik auszudrücken, die sich selbst in der Handschrift findet. So neigen besonders in der Pubertät sehr viele Mädchen dazu nach links zu schreiben und dadurch das Sich-zurückhalten, die Angst vor dem, was kommt, auszudrücken. Diese Vorstellung einer "Raumsymbolik" wird am leichtesten durch das Bild des Reiters erklärt, der, wenn er sich nach vorn beugt (= Rechtsausrichtung) dem Pferd freien Zügel läßt und es laufen läßt, wenn er sich nach hinten neigt (= Linksausrichtung) das Pferd ganz stark zurückhält, und wenn er aufrecht sitzt, seine Würde auf diesem Pferd und seine Persönlichkeit betonen will. So allgemein scheint dieser Vorgang zu sein, daß KNEHR meint, daß bei einer Abweichung von dieser Regel nach einem Grund gesucht werden sollte, statt in einer solchen Beobachtung einen Gegenbeweis für die Möglichkeit zu sehen, die Raumsymbolik auf den Scenotest anzuwenden.

Da der Sceno-Kasten als Spielfeld genommen wird, kann dieses Spielfeld in formaler Hinsicht auch verschiedenartig bebaut werden:

1) Es gibt Kinder, die alle Flächen grundsätzlich vollstellen, so als hätten sie Angst, irgendeinen freien Platz zu lassen. Es erscheint sehr angemessen, dies als horror vacui, als Angst vor dem Leeren, zu erklären. Wenn sich nämlich auf dem Sceno-Feld das Leben des Kindes darstellt, und es alles vollstellt, so hat es kaum Platz für sich und drückt damit aus wie wenig es im Stande ist, sich auszubreiten. Kinder, die selbständiger sind, werden im allgemeinen wesentlich mehr Raum in Anspruch nehmen.

2) Es kann aber auch sein, daß die Kinder das Spielfeld gar nicht beachten, sondern darüber hinaus bauen. Dies mag sehr häufig durch den Eifer erklärt werden, mit dem sie in ihr Spiel vertieft sind, kann aber auch eine Tendenz andeuten, sich mit gesetzten Grenzen nicht abfinden zu wollen und sie zu überschreiten: die mögliche Andeutung für eine vorliegende Neigung zur Verwahrlosung.

3) Stellt ein Kind alle Elemente an den Rand oder in eine oder mehrere Ecken, so fehlt hier der Mut, die ganze Fläche zu beanspruchen. Das Kind gleicht dem Mönch, der früher im Kloster nur an der Wand entlanggehen durfte. Die Mitte wurde dort freigelassen. Sie auszufüllen hätte nicht dem Ideal der Demut entsprochen. Wurde hier beim Erwachsenen aus einer Askesehaltung heraus das Selbstbewußtsein unterdrückt, so zeigt das Kind in seinem Verhalten den Einfluß der Erziehung. Bei starker Randbetonung und peripherer bzw. Eckenbetonung können wir deshalb eine erworbene Hemmung des Kindes annehmen.

4) Ferner werden manchmal Bezirke aus der Spielfläche umgrenzt, Inseln oder Gruppen isoliert.

C. Die Enuresis

Die Kinder, die in der psychosomatischen Beratungsstelle mit dem Symptom Enuresis vorgestellt werden, sind nur solche Kinder, bei denen das Bettnässen nicht auf eine organisch bedingte Ursache zurückzuführen ist, sondern bei denen eine psychische Determination des physischen Versagens denkbar ist. Dies ist besonders das Anliegen der psychosomatischen Medizin. Von der Leib-Seele-Einheit des Menschen ausgehend betrachtet sie Krankheit als beide Bereiche des Menschen betreffend. Das Zustandsbild ist nur jeweils verschieden. Während auf der einen Seite eine physische Krankheit sich auch in psychischen Sensationen kundtut, ist es in unserem Fall eine psychische Krankheit, die sich im Körperlichen manifestiert.

Die Enuresis wurde lange Zeit in drei Richtungen untersucht:

I. Die deskriptive Richtung

Die eine Richtung war die schulmedizinische Richtung, die nach den organischen Ursachen suchte, die andere die psychoanalytische Richtung, die eher eine Verursachung aus dem Psychischen annahm. Dazu kommt als dritte Richtung eine milieuorientierte: Kemper z.B. sieht als Ursache der Enuresis eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung bei starker Mutterbindung des Kindes. Zwischen diesen Richtungen gibt es eine ungeheure Flut von Literatur, die der phänomenologischen Richtung verhaftet ist.

Je nach seiner Beobachtungsfähigkeit und Beobachtungsgenauigkeit teilte der Arzt zwischen 1900 und 1940 die Enuresis in bestimmte Charakterformen ein. Solchen Einteilungen lag allerdings nichts anderes zugrunde, als die Beobachtungen dieses Arztes. Da natürlich kein Arzt zu genau denselben Beobachtungen kam und jeder sein eigenes System glaubte entwickeln zu müssen, lassen sich die Arbeiten der damaligen Zeit kaum vergleichen. Es seien hier nur erwähnt die Arbeiten von RAUCHFUSS, WEBER, PUFF, DEHM. WEBER z.B. untersucht besonders die Reaktionen der Kinder auf das Bettnässen und beobachtet, daß eine Gruppe von Kindern mit Depressionen und Mutlosigkeit, andere mit Aufregung, Scham und Scheu, wieder andere mit gereizten aggressiven Tendenzen reagierten. Eine vierte Gruppe soll in Gleichgültigkeit und Resignation versinken, und eine fünfte durch besonders musterhaftes Benehmen ihr Selbstgefühl zu bewahren suchen.

II. Die psychoanalytische Richtung

Diese Richtung beantwortet die Frage nach der Verursachung der Enuresis je nach der Schulzugehörigkeit der Autoren.

1. Die individualpsychologische Richtung mit Adler

Hier wird das Symptom Enuresis als Zeichen einer Organminderwertigkeit des Urogenitalorgans angesehen. Jeder Mensch versucht in seiner Leitlinie mit dieser Minderwertigkeit fertig zu werden. Für Adler gelingt dies dem Kleinkind allerdings noch nicht. Deshalb benutzt es die Enuresis als Ausdrucksmittel seiner Minderwertigkeit. Mit Hilfe dieses Ausdrucksmittels will es sich mit seiner Mutter in Verbindung setzen und durch die Enuresis der Mutter gleichsam sagen: "Ich bin noch nicht so weit, man muß mich noch überwachen". Hier wäre also die Enuresis das Zeichen einer falschen Leitlinie, einer irrigen Lebenshaltung des Kindes.

2. Die Daseinsanalyse mit von WEIZSÄCKER

Von Weizsäcker, der der Daseinsanalyse nahesteht, sieht das Symptom der Enuresis ganz anders: Er betrachtet es als Demonstration eines seelischen Wunsches nach Trotz und Rache. Da diese Demonstration von einem kleinen Kind ausgeübt wird, scheint sie eine Form des Racheaktes des Schwachen an dem Starken, nämlich seinen Eltern, zu sein.

3. Das FREUDSCHE Modell

Den breitesten Umfang nimmt das Erklärungsmodell von S.FREUD ein. Für die damalige Zeit schockierend schrieb FREUD in seinem Werk "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" zum erstenmal darüber, daß bei den Kindern auch schon eine Sexualität vorhanden ist und diese nicht erst, wie man bisher geglaubt hatte, in der Pubertät ganz plötzlich, sozusagen aus dem Nichts,erwacht. In den "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" findet sich auch der Satz: "Für den noch unentwickelten Geschlechtsapparat gilt gleichsam der Harnapparat als sein Vormund-Zeichen. Die meisten sogenannten Blasenleiden dieser Zeit sind sexuelle Störungen." Die Enuresis noctura entspricht nach dieser Auffassung einer Pollution.FREUD sieht also den Harnapparat als Vorläufer des Geschlechtsapparates und schenkt ihm noch keine große Aufmerksamkeit, da er der Analität eine größere Beachtung schenkt. Doch schon in der analen Phase wird Lust sowohl durch das willkürliche Zurückhalten der Fäkalmassen errungen, wie auch durch das willkürliche Ausscheiden. SADGER glaubte nun, daß dies sich beim Harnapparat in ähnlicher Weise verhalte. Er unterschied deshalb neben der Harnerotik noch eine Uralerotik. SADGER will nämlich beobachtet haben, daß bei der Zurückhaltung des Urins Kinder ebenfalls ein Lustgefühl bekommen, was sich in einer Erektion zeigen soll. Dies geschehe ebenfalls beim willkürlichen Bespülen des eigenen, wie auch fremder Körper. Ist hier der Gegensatz des Zurückhaltens und Ergebens mitgemeint, so scheint die Urethralerotik als solche doch einer Triebart allein zuzugehören.

4. CHRISTOFFEL - Uropolemie und Urophilie

Gerade dies kritisiert CHRISTOFFEL, der sich FREUDS später Unterscheidung von zwei Triebarten anschließt. Nach der letzten Triebtheorie FREUDS von 1921 gibt es nämlich nicht nur den Sexualtrieb, den Liebestrieb, die Libido, sondern auch den Todestrieb, die Destrudo oder Aggression. Beide Triebarten treten nur in der Kindheit voneinander getrennt auf, vereinigen sich dann immer mehr und mischen sich, so daß bei einer geglückten Persönlichkeit jedes Gefühl eine Mischung aus beiden Triebarten, allerdings in einem jeweils verschiedenen Verhältnis, ist. Die frühkindliche Trennung der beiden Triebarten unterstreicht nun CHRISTOFFEL, wenn er bei der Harntriebhaftigkeit von Uropolemie und Urophilie spricht.

Nach dieser Auffassung kann das Bettnässen sowohl Ausdruck der Libido, wie auch als Ausdruck der Aggression verstanden werden. Wenn wir die Libido nun selbst wieder unterteilen in einen frühkindlichen Narzißmus und eine spätere Form der Liebe eines anderen, so kann danach die libidinöse Enuresis als eine Selbstbefriedigung im Sinne einer Pollution, sensu FREUD, unterschieden werden von einer Enuresis, die als Appell an den Nächsten oder als Ausdruck der Trauer wegen eines Liebesverlustes von einem Nächsten, besonders der Mutter, verstanden werden kann. Der Volksmund sagt in eben diesem speziellen Fall, daß das Bettnässen ein "Weinen nach unten" sei.

Auch die aggressive Seite der Enuresis können wir unterteilen, u.z. in die Selbstaggression und die Fremdaggression. So könnte auf der einen Seite die aggressive Enuresis als Anzeichen einer Selbstbefleckung, Selbstbeschuldigung, unter Umständen eines unbewußten Schuldgefühls und Strafbedürfnisses (wie FREUD es aufgezeigt hat) verstanden werden. Auf der anderen Seite kann sie gesehen werden als der Trotz oder die Auflehnung gegen die Gebote eines anderen, besonders der Eltern.

5. Enuresis als Durchbruchssymptom

Neben diesen 4 Möglichkeiten der Entstehung einer Enuresis käme auch noch eine 5. in Betracht, die besonders durch die Forschungen nahegelegt wird, die darüber berichten, daß die Enuresis bei manchen Jugendlichen dann angetroffen wurde, wenn sie einigermaßen geordnet lebten, und dann verschwand, wenn diese Kinder sich asozial im Sinne einer Verwahrlosung verhielten, nämlich stahlen oder wegliefen (LÖWNAU).

In diesen Fällen kann man die Enuresis als ein Durchbruchssymptom bezeichnen, das nur eine Form eines diesen Menschen zur Verfügung stehenden Durchbruchsverhaltens ist. LÖWNAU spricht in diesem Zusammenhand von der Hedonisierung des Enuresissymptoms. Er schreibt: "Das Harnen wird damit zu einem Akt der Willkür und entweder als hemmungsloses Sichverströmen oder als urethrale Aggression lustvoll erlebt."

Dennoch muß dieser Triebdurchbruch nicht mit einer Tendenz zur Verwahrlosung einhergehen, sondern der Triebdurchbruch kann auch 6. der Erfüllung des Wunsches dienen, sich einmal gehen lassen zu können. Daß diese Enuresisform eine andere ist, als die vorher beschriebene, erklärt sich daraus, daß im ersten Fall bei starker Triebhaftigkeit kein Über-Ich aufgebaut werden konnte, u.z. entweder wegen einer Laissez-faire-Erziehung der Eltern oder einer Kontrasterziehung. Im zweiten Fall ist ein zu starkes Über-Ich aufgebaut worden. Die Triebhaftigkeit ist stark wie bei der ersten Form. Der Triebdurchbruch gelingt dann erst in der Nacht, in der das Bewußtsein nur noch als ein Hüter des Schlafes fungiert (FREUD). Dieser letzten Deutung schließt sich auch MITSCHERLICH an, wenn er sagt, daß die Enuresis ein Protest gegen die Ordnung und gegen die Vergewaltigung des Kindes durch eine allzu straffe Sauberkeitsgewöhnung sei. Auch die anderen psychoanalytischen Autoren lassen sich unter diese sechs Formen der Enuresis einordnen. Für MARCUSE z.B. entspricht die Enuresis der prägenitalen Form der Ejakulatio praecox.

III. Enuresis - Entwicklungspsychologische Entstehungserklärung

Haben wir bisher hauptsächlich den dynamischen Aspekt der Enuresis betrachtet, so gibt es noch eine andere Erklärungsmöglichkeit der Enuresis. Sie geht von der Frage aus, wann die Enuresis entstanden ist, bzw. auf welche Phase sie sich zurückführen läßt. Es geht also hier um die Frage, welche Schicksale die Triebe erlebt haben, wann bei ihnen eine Fixierung oder ein Trauma stattgefunden hat, das sich im Symptom der Enuresis anzeigt. Die Enuresis kann nach den bisher vorliegenden Theorien in allen 4 Phasen der praegenitalen libidinösen Entwicklung entstanden sein.

1. Die orale Phase

In der oralen Phase wird nach FREUD die Mundzone libidinös besetzt. Das Kind, das zuerst beim Saugen an der Mutterbrust Lust erfuhr, erfährt diese später auch beim Saugen überhaupt, besonders beim Saugen an eigenen Körperteilen. Dabei sollen dann diese eine Ersatzrolle für die fehlende Mutterbrust einnehmen. Nach Erikson reicht diese enge Begriffsbestimmung der Oralität allerdings nicht aus. Er ordnet der oralen Phase einen bestimmten Modus zu. Darunter versteht er die Art und Weise, wie in der betreffenden Phase Lust erfahren wird. In der oralen Phase besteht seiner Meinung nach die Modalität des Bekommens. Der Säugling ist vollkommen abhängig von seiner Umwelt und erfährt die ersten Lusterlebnisse rein passiv, indem er nämlich etwas bekommt. Eine besonders exzessive Verwöhnung des Kindes in dieser Phase läßt große Teile der Libido darin hängen bleiben: Es entsteht eine orale Fixierung. Diese kann sich später darin äußern, daß das Kind und der Erwachsene andere Arten des Bekommens mit größter

Lust genießt. Dazu werden z.B. das überstarke Zigarettenrauchen, starker Alkoholgenuß und übermäßiges Essen gerechnet.

Erhält der Säugling während dieser Phase zu wenig Wärme, Liebe, Hautkontakt und Annahme von seiner Mutter, so entsteht ebenfalls eine Fixierung; allerdings ist dies eine traumatische Fixierung, d.h. diese Stufe wird zu rasch durchschritten und das Kind bzw. der Jugendliche wird später immer wieder dazu neigen, diese Phase nacherleben und nachleben zu wollen.

In dieser Phase wird auch das zugrunde gelegt, was ERIKSON das Urvertrauen und Urmißtrauen nennt. Anhand der mütterlichen Zuwendung erfährt das Kind, ob jemand für es da ist. Es entwickelt daraufhin ein Vertrauen nicht nur in die Mutter, sondern auch in die gesamte Welt. Da das Kind in dieser Phase vollkommen narzißtisch ist, bedeutet die Mutter-Kind-Union zugleich die ganze Welt. Kann die Mutter oder die Beziehungsperson des Kindes dem Kind diese Wärme, diese Geborgenheit, dieses Annehmen nicht geben, so entsteht ein Urmißtrauen. Dieses kann dadurch entstehen, daß die Mutter das Kind aus den verschiedensten Gründen ablehnt, z.B. weil sie es nicht gewollt hat, weil sie ledig ist, weil ihr Mann es nicht gewollt hat, weil sie des Kindes wegen auf die weitere Berufsausbildung verzichten muß, weil sie Angst um ihr Äußeres hat etc.
Das Urmißtrauen kann auch dann entstehen, wenn das Kind von Geburt an oder kurz nach der Geburt in ein Heim kommt, in dem es keine mütterliche Betreuungs- und Beziehungsperson vorfindet, sondern nur Schwestern, die sich um sein physisches Wohlergehen sorgen. Es kann auch entstehen, wenn die Beziehungspersonen des Kindes im Verlauf des ersten und zweiten Lebensjahres zu häufig wechseln. Dabei ist der Wechsel selbst nicht das Entscheidende, sondern das häufig mit diesem Wechsel verbundene unterschiedliche Klima des Erziehungsstils und der Annahme des Kindes. Da alle Enuresisforscher darin übereinstimmen, daß die Enuresis nur dann auftreten kann, wenn die Mutter-Kind-Beziehung gestört ist, ist folglich besonders die erste orale Phase bei jedem Enuretikerkind gestört worden (KEMPER).

Falls die Störung des Enuretikerkindes hauptsächlich in dieser Phase liegt, d.h. die Fixierung aus zu großer Verwöhnung oder Versagung besonders stark in dieser Phase aufgetreten ist, kann die Enuresis durch eine Regression auf diese orale Stufe entstanden sein. Dies tritt häufig dann auf, wenn bei Kindern ein jüngeres Geschwister nachgeboren wird. Wenn das ältere Geschwister also nun entweder deshalb zu stark an der oralen Phase hängt, weil es sie noch kaum verlassen hat, oder weil es sie zu rasch durchschritten hat, tritt eine Identifizierung mit dem jüngeren Geschwister und ein Wiedereinnässen auf. Bei exzessiver Verwöhnung oder Versagung im ersten Lebensjahr dürfte man annehmen, daß die Enuresis als Reaktion auf die Geburt eines neuen Geschwisters eine Regressionserscheinung ist.

2. Die anale Phase

In der analen Phase treten die Eltern zum ersten Mal mit starken Forderungen an das Kind heran. Sie fordern von ihm die Sauberkeitsgewöhnung. Sie fordern von ihm, daß es bestimmte Zeiten einhält. Wenn die Eltern es wünschen, soll es sein Geschäft auf dem Töpfchen verrichten, wenn die Eltern es nicht wünschen, soll es dieses zurückhalten. Vom FREUDschen Ansatz her wird nun ein anderer Teil des Körpers mit Libido besetzt, nämlich die Afterzone. FREUD nimmt an, daß die Fäkalmassen beim Durchgang durch die Muskulatur des Anus Lustempfindungen hervorrufen. Auch diese Annahme erweiterte ERIKSON auf eine Modalität. Er nimmt an, daß es in dieser Phase um das Festhalten und Hergeben geht. Die Kinder geben aus Liebe zu den Erziehern oder aus Angst vor Liebesverlust etwas von sich her, was die Eltern als Geschenk betrachten und dementsprechend loben. Sie können aber auch in eigensinniger Weise die Stuhlmassen zurückhalten und dadurch ihren

eigenen Willen bekunden. Die Analphase fällt häufig mit der von den Entwicklungspsychologen so genannten ersten Trotzphase zusammen, in der das Kind zum ersten Mal erlebt, daß es einen eigenen Willen hat. Dieser Wille tut sich eben in eigenen Wünschen kund. Wenn diese von den Eltern unterdrückt und nie erfüllt werden, kann das Kind als letzte Ausflucht sich selbst den Eltern verweigern, kann ihnen zeigen, daß sie über Teile seines Körpers, und als solche werden die Stuhlmassen in diesem Alter empfunden, keine Gewalt haben. In dieser Phase sind auch bestimmte Fälle von Enuresis eingelagert. Hierzu gehört die aggressive Enuresis, die sich gegen die Außenwelt richtet, aber auch gegen sich selbst, oder die Enuresis, die dem Wunsch entspricht, sich einmal gehenlassen zu dürfen, einmal nicht unter dem Zwang der feste Zeiten fordernden Eltern stehen zu müssen.

3. Die urethrale Phase

In dieser Phase soll nach Meinung von STEKEL und SADGER der Harnleitungsapparat mit Lust besetzt werden. Diese Phase wird bei den andern Analytikern fast immer mit zur phallischen gerechnet und nach ERIKSON auch in keiner bestimmten Modalität. Als Enuresisform können wir dieser uretralen Phase das Verströmen hinzurechnen oder auch die Harntriebhaftigkeit CHRISTOFFELscher Prägung, also Urophilie und Uropolemie.

4. Die phallische Phase

In der phallischen Phase gewinnt das Genital den Primat. Alle Libido ist auf ihn konzentriert. Der Phallus, der bei Jungen und Mädchen zu dieser Zeit noch gleicherweise vermutet wird, wird zum Instrument aggressiver Machtausübung wie auch der Selbstdurchsetzung. Kinder vergleichen die Größe ihres Gliedes miteinander. Hier wird das Urinieren selbst auch wiederum zum Kampfmittel, zur Waffe, u.z. in diesem Fall speziell zur Aggression nach außen. Dies zeigt sich in dem Sprichwort: "Er hat den größten Bogen raus". Die Urinierspiele sind in der phallischen Phase weithin bekannt. Auch die Mädchen nehmen an ihnen teil und erfahren nach ADLERS Meinung in dieser Phase besonders stark ihre Organminderwertigkeit. Diese Phase benannte ERIKSON die phallisch-lokomotorische Phase und schrieb ihr den Modus des Eindringens zu. Hierbei ist vom rein sexuellen Eindringen ausgehend jedes andere Eindringen gemeint. Das Kind hat nunmehr unbeschränkte Möglichkeiten der Fortbewegung, es kann überall eindringen. Dies äußert sich in der typisch kindlichen Neugierde dieses Alters, Buben zerlegen Uhren, Mädchen ihre Puppen und Teddies. Mit dieser zerstörerischen Neugierde geht das Fragen einher, die dauernden Warum-Fragen, die Erwachsene zur Verzweiflung bringen können. Hier kann die Enuresis als Wunsch ansetzen, sich einmal gehen lassen zu dürfen, falls die Eltern die Motorik des Kindes stark hemmen.

IV. Zusammenfassung

Vorstehend gaben wir einen kurzen Überblick über die Phasen und ihre Hauptcharakteristika. Wir haben gesehen, daß wir nicht genau bestimmen können, welcher Phase eigentlich eine Enuresis zuzuordnen ist.

In Forscherkreisen ist man übereingekommen, von einer Enuresis erst dann zu sprechen, wenn das Kind über das dritte Lebensjahr hinaus bis etwa zum Alter von 3,5 Jahren noch nicht trocken ist. In diesem Alter sind aber die orale, die anale und die urethrale Phase schon durchlaufen und die phallische Phase hat begonnen. Eine Unterscheidung läßt sich höchstens dadurch treffen, daß manche Kinder noch nie trocken gewesen sind und andere erst später wieder einnässen. Besonders bei den Kindern, die noch nie trocken gewesen sind, darf man vermuten, daß alle Phasen in irgendeiner Weise mit

betroffen sind. Allerdings könnte auch in diesem Fall der Schwerpunkt rein auf der analen Phase liegen und mit der Sauberkeitserziehung der Eltern zusammenhängen oder auch rein auf der Störung der oralen Phase beruhen. Nur ergibt sich dabei ein Unterschied dadurch, daß bei einer Störung der oralen Phase die Quantität der Libido durch die Fixierung in der oralen Phase abgenommen hat, so daß also alle folgenden Phasen mitbetroffen sind, während bei einer gut durchlaufenen oralen Phase die Fixierung erst in der analen Phase beginnt und die anderen darauffolgenden Phasen mitbetroffen sind.

Das psychoanalytische Modell steuert 3 Faktoren bei, die eine Enuresis bedingen können. Es sind dies die Triebarten und Triebziele bei der Enuresis, die Phasen, in der sie entstanden sein kann und Verwöhnung bzw. Versagung als Erziehungsstile. Weitere Faktoren wären die Charakterstruktur der Mutter (DÜHRSSEN) und des Vaters, das Milieu in der Familie (der "unsichtbare"Vater,MITSCHERLICH), die Anzahl der Geschwister (DÉCHÊNE), Wohnraum und Wohngegend (Ökologie, SUMMER), die soziale Schicht (Soziologie), und unter Umständen sogar das gesamte kulturelle Gefüge eines Staates oder einer Kulturform (M.MEAD).

Je nachdem welcher der Theorien sich nun die psychoanalytischen Autoren anschließen, welche Form der Enuresis sie beobachtet haben, auf welche sie ihr Hauptaugenmerk gerichtet haben, oder aber auch für welche sie eine hypothetische Ursache angeben, entsteht die aus der Literatur bekannte Mischung von verschiedenen Erklärungsmodellen. Keines von ihnen dürfte ausschließlich hinreichend sein, da sich ja, wie wir gesehen haben, immer nur eine Teilbegründung von allen möglichen Enuresisursachen rein vom psychoanalytischen Begriffsmodell her beschreiben und erklären läßt. Auch die gesamte von uns neu gegliederte Anzahl von unterscheidbaren Enuresisformen scheint nicht hinreichend zu sein, da sie vom FREUDschen Modell ausgeht, das mehr das Kind und dessen Triebentwicklung betrachtet, als die Umgebung. Es müssen also noch andere Erklärungsmodelle mit ins Auge gefaßt werden, andere Faktoren, die die Enuresis mitbedingen, mit einbezogen werden. Vom Psychoanalytischen her wäre dabei an RICHTERS Erweiterung des FREUDschen Modells zu denken. Es könnte aber auch durch die soziologischen und kulturanthropologischen Forschungen ergänzt werden. Außerdem kann auch die Ökologie zu Rate gezogen werden, da die Enuresis auch nicht unabhängig vom Wohnort zu sein scheint bzw. von der Raumgröße, die einer Familie zur Verfügung steht.

Im ganzen gesehen scheint die Enuresis per se nicht erklärbar zu sein.

Abschließend bleibt zu diesem Teil zu bemerken, daß die Enuresisforschung unseres Erachtens noch lange nicht abgeschlossen ist und in den nächsten Jahrzehnten vielleicht ein übergreifendes Erklärungsmodell gefunden wird und sich aus diesem heraus ein übergreifendes Therapiemodell ablesen und anwenden läßt.

Unser weiteres Vorgehen wird in zwei Teilen beschrieben. Zuerst werden wir das Versuchsmaterial genauer vorstellen und dessen klarere Analyse mit den in der Literatur über Enuretikerkinder vermerkten Daten vergleichen. Im Hauptpunkt werden wir dann über den Sceno-Test berichten und über die Anzeichen, die wir bei der Enuresis beobachtet haben.

D. Das Material

I. Die Auswahl der Fälle

1. Stichprobe und Kontrollgruppe

Von den 1034 Fällen, die in der psychosomatischen Beratungsstelle bisher mit dem Symptom Enuresis vorgestellt worden waren, suchten wir nach dem Zufall 80 Fälle aus. Eine solche Stichprobe ist nach statistischen Gesetzen als eine große zu bezeichnen, einmal weil sie die Anzahl von 30 überschreitet und zum andern, weil sie im Verhältnis zu den 1034 vorgestellten Fällen eine Auswahl von 8 % darstellt. Diese 1034 Fälle stellen die statistische Grundgesamtheit dar. Eine Auswahl von über 10 % aus der Grundgesamtheit von 1034 Fällen hätte eine zu große Zufallsstichprobe dargestellt (vgl. LIENERT). Den 80 Enuretikern stellten wir 80 Kinder gegenüber, die vornehmlich wegen Schulschwierigkeiten und Erziehungsschwierigkeiten bei der psychosomatischen Beratungsstelle vorgestellt worden waren.

2. Auswahlkriterien

Diese Auswahl ist deswegen berechtigt, weil Schulschwierigkeiten zwar wie die Enuresis Anzeichen einer Neurose sein können, diese aber im Gegensatz zur Enuresis nicht so früh grundgelegt sein muß.

Um nun die beiden Gruppen exakt miteinander vergleichen zu können, wählten wir nach einer Zuteilung der Enuretiker zu den 4 Altersgruppen, wie sie KÄCHELE verwandt hat, ebenso viele Fälle aus dem Kontrollgut aus. Da KÄCHELE auch einen Unterschied der Soenotest-Gestaltung bei Jungen und Mädchen nachweisen konnte, achteten wir auch darauf, daß die Anzahl von Jungen und Mädchen in den einzelnen Altersstufen bei den Enuretikern und bei der Kontrollgruppe gleich hoch war. Man kann dieses Verfahren als eine abgewandelte Form des matched-pairing bezeichnen. Zu diesem gehört beim exakten Vorgehen die Zuordnung eines Patienten aus der Kontrollgruppe zu einem Patienten aus der zu untersuchenden Gruppe. Dies ist aber in unseren Gruppen nur hinsichtlich des Geschlechts und der Altersstufe möglich. Hinsichtlich des Alters konnten wir keine genaue Zuordnung bei 1034 Fällen finden, d.h. es gelang uns nicht, genau altersgleiche Paare von Enuretikern und Nicht-Enuretikern zusammenzustellen.

Unser Vorgehen scheint uns dennoch sehr wichtig zu sein. Bei einer ersten wahllosen Stichprobe aus dem Gesamtgut von Enuretikern und Nicht-Enuretikern hatte sich nämlich herausgestellt, daß das Durchschnittsalter der Kontrollgruppe höher lag als das der Enuretikergruppe. Nach statistischen Grundsätzen kann man aber zwei Gruppen nicht vergleichen, die einen Mittelwertsunterschied haben, der jenseits eines Wertes liegt, der in Abhängigkeit von der Stichprobengröße berechnet wird. Aus diesem Grunde mußten wir unsere Zuteilungen auf die eben beschriebene Art verfeinern. Leider gelang es dann dadurch nicht, in der Kontrollgruppe nur Kinder mit Schulschwierigkeiten herauszufinden. Dadurch daß wir eine solche homogene Gruppe bezüglich Altersstufe und Geschlecht den Enuretikern gegenüberstellten, glaubten wir, statistisch sichere Aussagen sowohl über Unterschiede, die in der Anamnese zutage treten, wie besonders auch über Unterschiede, die beim Soeno-Test auftreten, machen zu können.

3. Zusammensetzung der Kontrollgruppe

Die kontrollgruppe können wir in 4 Teile aufgliedern: Wir haben die Symptome Schul- und Erziehungsschwierigkeiten und seelische Fehlhaltungen unterschieden. Zu letzteren rechnen wir Konzentrationsstörungen

und Nervosität, sowie 8 Fälle mit leichteren psychosomatischen Erkrankungen. Eine dritte Gruppe bezeichneten wir als Fälle psychosomatischer Erkrankungen; in die vierte Gruppe gehören 3 Fälle mit somatischen Erkrankungen. Tabelle Nr. 1 zeigt die Aufgliederung der Kontrollgruppe in diese vier Krankheitsgruppen.

Tabelle Nr. 1

Zusammensetzung der Vergleichsgruppe anhand der Diagnose

I.	Schul- und Erziehungsschwierigkeiten		44 Fälle
II.	Seelische Fehlhaltungen		
	Angst	6	
	Stottern	5	
	Nervosität	2	
	Nägelbeißen	2	
	Schlafstörungen	2	
	Entwicklungsrückstand	3	
	Essensschwierigkeiten	2	
	Tics	3	25 Fälle
III.	Psychosomatische Erkrankungen		
	Adipositas	3	
	Bauchschmerzen	2	
	Neurodermitis	1	
	Cardiospasmus	1	
	Migräne	1	8 Fälle
IV.	Somatische Erkrankungen		3 Fälle
			80 Fälle

4. Zusammensetzung der Stichprobe

Die 80 Enuretiker teilten wir in drei Gruppen ein. Wir unterschieden die Enuresis nocturna, die Enuresis diurna und das gemeinsame Vorkommen von Enuresis diurna und nocturna. Tabelle Nr. 2 gibt gleichzeitig die Anzahl männlicher und weiblicher Enuretikerkinder in diesen Gruppen an.

Tabelle Nr. 2

Aufteilung der Enuresis

	m	w	Su.
Enuresis nocturna	36	21	57
Enuresis diurna	5	3	8
Enuresis nocturna + diurna	9	6	15
	50	30	80

In der nächsten Tabelle geben wir die Verteilung der Enuretiker und der Vergleichsgruppe nach den beiden Variablen männlich/weiblich und nach Altersstufen an.

Tabelle Nr. 3

Alters- und Geschlechtswerteilung der Enuretiker und der Vergleichsgruppe

Altersgruppe	m	w	Su
2 - 5 jährige	5	4	9
6 - 8 jährige	22	14	36
9 -11 jährige	16	9	25
über 12 jährige	7	3	10
	50	30	80
	(62,5 %)	(37,5 %)	(100 %)

Die Altersangabe bezieht sich auf den Zeitpunkt der Durchführung der Untersuchung.

II. Anamnestische Gesichtspunkte

Um bei der Untersuchung auch den genetischen Aspekt nicht zu vernachlässigen, betrachten wir die anamnestischen Daten, die wir nach einem vorangelegten Schema aufschlüsselten und aus der Anamnese und der Exploration der Krankenblätter zu bestimmen suchten. Legen wir ein Zitat von KEMPER 1969 zugrunde: "Ein vielleicht durch bestimmte Eigenheiten prädisponiertes Kind wird durch schon während der Säuglingsphase einwirkende ungünstige Umweltbedingungen sensibilisiert". KEMPER nennt diese Prädisposition den konstitutionellen Faktor.

1. Der konstitutionelle Faktor

Wir können diesen aus der Anamnese nicht erheben, sondern er kann z.B. in Zwillingsforschungen verifiziert werden. Unter anderem kann hier die neueste Studie von BAKWIN herangezogen werden, der bei Untersuchungen von Enuretiker-Zwillingen bei eineiigen Zwillingen eine Konkordanz von 86 % hinsichtlich des Symptoms Enuresis fand, während diese bei zwei-eiigen Zwillingen auf 36 % absank. Auch andere Autoren, wie ASPERGER (1960) und PIERCE (1956) berichten von recht hohen Konkordanzen.

In der genauesten statistischen Untersuchung von HALLGREN stellte dieser Gruppen fest, in denen entweder beide Eltern des Enuretikerkindes auch Enuretiker waren oder zumindest ein Elternteil. Bei 125 Geschwistern von Enuretikern, die zu diesen beiden Gruppen gehörten, fand er 42, die ebenfalls Enuretiker waren. Auch dieses Ergebnis unterstützt die These von einer Mitverursachung der Enuresis durch einen konstitutionellen Faktor.

2. Der prägende Faktor

Den zweiten Faktor nennt KEMPER den prägenden Faktor. Er versteht darunter die während der Säuglingsphase einwirkenden ungünstigen Umweltbedingungen.

2.1. Familiensituation

Eine wichtige Umweltbedingung ist die Familiensituation. Diese versuchten wir aufzuschlüsseln. Die Aufbereitung der Daten zeigt Tabelle 4. Wir unterschieden dort 5 Kategorien, die die Familiensituation des Kindes bestimmen. Das Kind kann beispielsweise das erste Lebensjahr in einem Heim verbracht haben oder ein Trauma während dieses Lebensjahrs erlebt haben. Unter Trauma im ersten Lebensjahr verstanden wir eine psychische Einwirkung, die dadurch entstand, daß das Kind beispielsweise einen längeren Krankenhausaufenthalt mitgemacht hat oder einen Krankenhausaufenthalt von über 3 Monaten, weil die Mutter krank geworden war oder sonst für das Kind nicht sorgen konnte. In diesen Fällen hatte die Mutter das Kind dann wieder zu sich genommen.

Das Kind kann außerdem in geordneten oder zerrütteten Familienverhältnissen aufwachsen. Unter zerrütteten Familienverhältnissen verstanden wir vor allem die Fälle, bei denen Großeltern und Eltern oder Eltern und andere Verwandte in einem Haushalt lebten und es zu dauernden Spannungen zwischen den Generationen oder verwandtschaftlichen Graden kam, so daß das Kind gar keine Erziehung genoß oder, wie in einem Fall berichtet, vom ersten Lebensjahr an schon Bedrohungen seiner Mutter durch die Großmutter und auch eigene Bedrohung hatte hinnehmen müssen.

Tabelle 4 zeigt die Einteilung der Enuretiker und der Vergleichsgruppe hinsichtlich dieser Faktoren:

Tabelle Nr. 4

Familiensituation

	En.	V.
die Eltern leben zusammen	47	46
ein Elternteil fehlt durch Tod bzw. Unehelichkeit	4	5
die Eltern sind geschieden, leben getrennt	5	8
Heimkind oder anderes Trauma im 1. Lebensjahr	20	8
die Ehe ist zerrüttet	4	13
	80	80

Untersuchen wir die Angaben etwas genauer, so sehen wir, daß bei den Enuretikern bei 51 von 80 eine geordnete Familiensituation vorliegt, auch bei den zerrütteten Ehen leben Vater und Mutter zusammen. Neun Kinder sind entweder unehelich oder stammen aus einer Ehe, die schon vor der Geburt geschieden war oder die während des Aufwachsens getrennt oder geschieden wurde.

2.1.1. Heimkinder und Traumatisierung

Überraschend hoch ist bei den Enuretikern die Anzahl von Heimkindern oder Kindern, die im ersten Lebensjahr ein Trauma erlebt haben. Es handelt sich hier um 20 Kinder von 80 = 25 %. Diese Anzahl stimmt etwa auch mit den von KARCH 1969 festgestellten Daten überein, der das gesamte Material der psychosomatischen Beratungsstelle der Universitäts-Kinderpoliklinik München auf "einige Milieufaktoren der frühesten Kindheit verhaltensgestörter Kinder und ihre Beziehungen zur Symptomatik" untersucht hatte.

Wenn wir die Angaben über die Familiensituation und den Aufenthalt des Kindes bei der Anwesenheit von der Mutter und die Erkrankung des Kindes im ersten Lebensjahr betrachten, so finden wir in der Untersuchung von KARCH 38 Kinder = 3,2 %, die als hospitalisiert anzusprechen sind, d.h. sie waren mindestens 6 Monate in einem Säuglingsheim untergebracht. 76 Kinder = 6,4 % waren insgesamt mehr als 2 Monate in einer Pflegestelle versorgt worden und 19 Kinder = 1,6 % befanden sich über 2 Monate in der Obhut von Verwandten außerhalb des Hauses. Das bedeutet, daß eine Gesamtzahl von 11,2 % von Kindern über 2 Monate von der Mutter im ersten Lebensjahr getrennt waren. Dazu kommen noch die Erkrankungen des Kindes im ersten Lebensjahr. Dabei lagen 5,4 % länger als 2 Monate erkrankt zu Hause und 4,3 % verbrachten länger als 2 Monate erkrankt in Krankenhäusern. So ergibt sich auch bei KARCH eine um 20 % liegende Zahl von Kindern, die nach unserer Definition eine Traumatisierung im ersten Lebensjahr erlitten haben.

Interessant ist im Zusammenhang unserer Arbeit dabei besonders, daß bei der Gruppe von Enuretikern 20 Kinder dieser Traumatisierung ausgesetzt waren, während es in der Kontrollgruppe nur 8 Kinder waren. Dieser Unterschied kann auf zwei Arten entstanden sein: Entweder es ist ein zufälliger Unterschied oder ein Unterschied, der nicht mehr mit dem Zufall erklärt werden kann. Um dies zu prüfen, wandten wir den Chi^2-Test an. Es handelt sich dabei um ein Prüfverfahren, das bei Merkmalen, die auf einer Normalskala skaliert sind, anzuwenden ist. Das Merkmal zerrüttete Familienverhältnisse z.B. ist nominal skaliert, d.h. man kann nur zwei Kategorien bilden: zerrüttete Familienverhältnisse, keine zerrütteten Familienverhältnisse. Bei solchen qualitativen Merkmalen kann die Prüfung einen zufälligen Unterschied in der Zuordnung von Fällen zu beiden Kategorien: zerrüttete Familienverhältnisse, keine zerrütteten Familienverhältnisse durch einen Einfluß einer anderen qualitativen Variablen erklären. In unserem Beispiel ist es die Variante: Enuretiker - Nichtenuretiker. Wir prüfen also den Zusammenhang zwischen beiden Variablen. Ob Unterschiede in der Aufteilung der Fälle der einen Variablen durch einen Einfluß der anderen Variablen hervorgerufen wurden oder nicht, ist die statistische Frage. Das Prüfmaß dieser Frage ist der Chi^2-Testwert, der sich so berechnet:

$$Chi^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}, \text{ wobei}$$

fo = beobachtete Werte, Fe = erwartete Werte.

Die erwarteten Werte errechnen sich bei einer Vierfeldertafel durch eine Multiplikation der Zeilensumme mit der Spaltensumme. Diese wird durch die Gesamtzahl der Fälle geteilt.

Wie signifikant ein errechneter Chi^2-Wert ist, erfährt man aus einer Tabelle, in der angegeben ist, mit welcher Wahrscheinlichkeit dieser Chi^2-Wert auftreten kann. Ist diese Wahrscheinlichkeit sehr gering, z.B. 2 % oder 1 % oder 1 ‰, so konnten unter 100 Fällen, aus denen dieser Wert errechnet wurde, nur 2 mit dem Zufall erklärt werden. Man sagt dann, daß der Chi^2-Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2 % nicht mehr mit dem Zufall erklärt werden kann.

Bei dem Vergleich der Anzahl von traumatisierten Kindern in beiden Gruppen ergab sich nur ein Wert von 5,23, der auf dem 2 %-Niveau signifikant ist. Das heißt, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2 % kann der Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Merkmals Traumatisierung im ersten Lebensjahr nicht mehr mit dem Zufall erklärt werden.

2.1.2. Zerrüttete Familienverhältnisse

Bei der Untersuchung des zweiten Faktors, der die Umwelt des Kindes bestimmt, der zerrütteten Familienverhältnisse, ergab sich zwischen beiden Gruppen ein signifikanter Wert von 5,331.

Zusammenfassung: In Bezug auf den prägenden Faktor KEMPERS, d.h. die in der Säuglingsphase einwirkenden ungünstigen Umweltbedingungen können wir bei unserer Untersuchung die traumatisierende Situation des Kleinkindes im ersten Lebensjahr herausstellen, die signifikant häufiger bei den Enuretikerkindern auftrat als in der Vergleichsgruppe. Zerrüttete Familienverhältnisse im oben definierten Sinn traten dagegen weniger häufig auf.

Die Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, daß der Faktor der Mutter-Kind-Beziehung und das Fehlen dieser Beziehung bzw. einer Beziehung zu einer Erziehungsperson eine Hauptursache im Ursachengeflecht der die Enuresis bedingenden Gesamtsituation ist.

2.2. Ehesituation

Betrachten wir nun die Art, wie die Ehen, bei denen Eltern noch zusammenleben, bezeichnet werden können. Die Aufteilung ist aus Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5

Ehesituation	En.	Vergl.gr.
unauffällig, gut	29	18
Spannungen	25	32
offener Streit	17	17
	80	80

2.2.1. Spannungsehe

Wir prüften den Unterschied zwischen der Anzahl von Ehen, die in beiden Gruppen unter Spannungen zu leiden haben, auf Signifikanz. Nach dem Chi^2-Test ergab sich ein Wert von 1,38, der nicht als signifikant bezeichnet werden kann. Hieraus dürfen wir schließen, daß die Unterschiede zufällig erklärt werden können.

Dies bedeutet also, daß die Ehekonstellation selbst, ob sie gut ist oder durch Spannungen oder offenen Streit gekennzeichnet ist, nicht entscheidend ist für die Enuresis oder für Erziehungsschwierigkeiten oder psychosomatische Krankheiten. Wenn man aber beachtet, daß bei beiden Gruppen etwa 5/8, d.h. über 60 % der Ehen entweder mit Spannungen oder in Streit leben oder in solchem Streit stehen, daß er zu einer Scheidung oder Trennung führt, sehen wir, daß die Spannungssituation in der Ehe sowohl für die Enuresis als auch für psychosomatische Krankheiten allgemein Mit-Ursache ist.

3. Der strukturierende Faktor

KEMPER schreibt, daß der konstitutionelle Faktor und der prägende Faktor durch die Auswirkung der fortdauernden mütterlichen Fehlhaltung besonders während der kritischen Phase der Reinlichkeitserziehung zur definitifen Ausprägung einer abnormen labilen Grundstruktur führt. Er nennt dies den strukturierenden Faktor.

Hier spricht KEMPER also von der mütterlichen Fehlhaltung, die nach allen Autoren eine besonders enge Beziehung zur Enuresis hat. DÜHRSSEN schreibt in ihren Untersuchungen über Familienkinder und Institutionskinder allgemein von Mangel an mütterlicher Fürsorge und zählt einige Faktoren auf, die eine mütterliche Fehlhaltung und einen Mangel an Fürsorge bedingen können. Unter anderem nennt sie die Lebenssituation des ungewünschten Kindes und die Situation, daß eine Mutter in ihren Beruf zurückkehren möchte und dies wegen des Kindes nicht mehr kann. Weiterhin nennt sie die Enttäuschung der Mutter in der Ehe, die durch eine erneute Schwangerschaft in dieser Ehe noch festgehalten wird, während sie eigentlich entfliehen wollte. Sie schreibt weiter von der schlechten gesundheitlichen Verfassung einer Mutter, die für die Betreuung eines Kindes keine Kräfte mehr zur Verfügung hat. Die Mutter kann auch zu alt sein oder zu jung, so daß sie auf der einen Seite einen Nachkömmling in zu hohem Alter hat oder in einem Alter schon ein Kind hat, in dem sie für sich noch etwas vom Leben haben wollte. Als weitere Möglichkeit spricht DÜHRSSEN von der Mutter, die eine zerbrechende Ehe durch ein Kind retten will und dann erlebt, daß ihre Spekulation fehlgelaufen ist. Dies wären die Fälle, in denen die Mütter, nach DÜHRSSEN, unter einer akuten individuellen Schicksalsschwierigkeit leiden, die sich auf das Kind auswirken kann.

Andere Mütter haben schon in ihrer Persönlichkeitsstruktur selbst eine Reihe von typisch schwer korrigierbaren Merkmalen. Darunter zählt DÜHRSSEN folgende auf: Das Kind, das für die Frauen mehr Objekt als Subjekt ist; das Kind, das zu hart und grausam mit Strafen erzogen wird; das Kind, das zwischen zu harten Strafen ausgedehnte Verwöhnungen erlebt, und das Kind, dessen Aktivität dauernd durch Eingreifen der Mutter in der Probierphase gestört wird.

Aus diesen Faktoren wählten wir bei der Anamnese zuerst einmal die Charakterstruktur von Vater und Mutter aus, soweit sie sich in der Anamnese oder Exploration des Kindes wiederspiegelt.

3.1. Charakteristik von Vater und Mutter

In Tabelle 6 haben wir anhand der Anamnese und Exploration versucht, die Eltern der Kinder nach bestimmten Charakterstrukturen einzuteilen. Eine solche Einteilung hat natürlich eher phänomenologisch-deskriptiven Wert, da die Persönlichkeitsdiagnostik bis heute mehr beschreibenden Charakter hat. Es lassen sich je nach Schulrichtung verschiedene Persönlichkeitsfaktoren entweder hypothetisch setzen oder mathematisch extrahieren. Die so festgestellten Faktoren der verschiedenen Schulen sind bisher noch nicht miteinander verbunden worden.

Unsere Einteilung ist deshalb angreifbar. Wir haben sie so gewählt, daß sie mit den von den meisten Autoren berichteten Erziehungsstilen und Fehlhaltungen in etwa übereinstimmt:

Tabelle Nr. 6

Charakteristik von Vater und Mutter

	Enuretiker			Nicht-Enuretiker		
	Vater	Mutter	Ges.	Vater	Mutter	Ges.
passiv, weich, ängstlich	14	23	37	13	26	39
aktiv, temperamentvoll	5	3	8	14	13	37
jähzornig, launisch, hart	15	6	21	20	8	28
gefühlkalt, intellektuell, verwahrlosend	5	11	16	2	6	8
gefühlswarm	7	11	18	6	9	15
streng	25	19	34	11	11	22
unauffällig	9	4	13	13	3	16
überbesorgt	-	3	3	1	4	5
	80	80	160	80	80	160

Bei näherer Betrachtung der Tabelle fallen einige Punkte ins Auge:

1. Die Eltern der Enuretikerkinder scheinen weniger oft aktiv und temperamentvoll zu sein, als die Eltern der Kinder der Vergleichsgruppe.
2. Die Anzahl von strengen Vätern und Müttern ist in der Gruppe der Enuretiker doppelt so groß wie in der Vergleichsgruppe.
3. Nur sehr wenige Eltern, etwa 10 % werden in beiden Gruppen als "unauffällig" gekennzeichnet.

Diese Befunde lassen den Schluß zu, daß Enuretiker-Kinder eher bei Eltern zu finden sind, die als hart charakterisiert werden können, als bei Eltern, die emotional temperamentvoll sind.

3.2. Der Erziehungsstil

Betrachten wir den Erziehungsstil entsprechend der Aufgliederung in Tabelle 7, so zeigt sich, daß die Enuresis bei allen Formen von Erziehungsstilen auftritt, sowohl bei overprotection und Verwöhnung, als auch bei laissez-faire und Kontrasterziehung und bei zu harter Erziehung. Diese beiden letzteren traten zahlenmäßig in beiden Gruppen hervor. Hinsichtlich des Erziehungsstils konnte keine statistische Signifikanz errechnet werden, so daß die Unterschiede, die auftraten, mit dem Zufall zu erklären sind.

Tabelle Nr. 7

Erziehungsstil	Enuretiker	Vergl.gr.
Verwöhnung	3	7
Overprotection	11	6
zu hart	23	20
Kontrasterziehung	26	28
Laissez-faire	10	7
unauffällig	6	11
gut	1	1
	80	80

3.3. Die Beziehung von Vater und Mutter zum Kind
Wir haben diese in Tabelle 8 aufgegliedert:

Tabelle Nr. 8

Beziehung von Vater und Mutter zum Kind

	Enuretiker		Vergl.gr.	
	Vater	Mutter	Vater	Mutter
Beziehung gut	4	5	13	16
unauffällig	13	16	18	24
gestört	54	53	36	32
ablehnend	9	7	13	8
	80	80	80	80

Wir erhielten diese Zahlen aus den Beziehungen des Vaters und der Mutter zum Kind, wie sie von den Eltern zum Ausdruck gebracht und vom Kind empfunden wurden. Sie sind natürlich sehr mit Vorsicht zu behandeln, weil es schwierig ist, aus der Anamnese klar herauszulesen, wie nun die Beziehung tatsächlich gewesen ist. Es hängt auch davon ab, daß während der 10 Jahre, aus denen die Fälle der Arbeit stammen, etwa 10 Psychologen die Anamnesen aufgenommen haben, wobei jeder von ihnen eine verschiedene Ausbildung hatte und einen unterschiedlichen Kommunikationsstil, der mit dafür verantwortlich ist, ob der Psychologe in der Beratungssituation so viel Vertrauen in die Anamnesesituation erfährt, daß die Beziehung interpretierbare Aussagen ermöglicht. Um ganz exakt zu sein, hätte man eigentlich nur Fälle von ein und demselben Psychologen nehmen dürfen, da, wie uns während der Arbeit häufig auffiel, allein schon der Sprachstil, die Auswertung der Tests und die Schlußfolgerungen trotz des zugrunde liegenden einheitlichen Leitfadens sehr heterogen sind und je nach der Persönlichkeit des Psychologen, seiner Begabung zur Auswertung psychologischer Testverfahren und seiner Erfahrung mit projektiven Tests sehr unterschiedlich waren. Wenn wir die Tabelle trotzdem aufführen, so deshalb, weil wir diese Fragestellung sehr vorsichtig beantwortet haben und von vornherein die Hypothese zugrunde lag, daß die Beziehung zu wenigstens einem der Elternteile eher gestört als unauffällig sein könnte. Da wir mit derselben Voraussetzung an beide Testreihen herangingen, sind die Zahlen zumindest in unserem subjektiven Einstufungsmodus vergleichbar.

Wir sehen bei der Durchsicht der Zahlen, daß bei den Enuretikerkindern sowohl die Beziehung zum Vater, wie auch die Beziehung zur Mutter wesentlich häufiger gestört ist, als bei den übrigen Patienten. Bei der Prüfung auf Signifikanz ergab sich beim Vergleich der Beziehung des Vaters zum Kind in beiden Gruppen ein Wert von Chi^2 = 8,23 und bei der Beziehung der Mutter zum Kind ein Wert von Chi^2 = 11,068. Beide sind hochsignifikant und lassen den Schluß zu, daß die Beziehung des Vaters und der Mutter zum Kind bei Enuretikerkindern wesentlich häufiger gestört ist als bei den übrigen Patienten.

3.3.1. Symbiotische Mutter-Kind-Beziehung

Wir fragten uns weiter, ob in der symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung ein zusätzlicher verursachender Faktor der Enuresis zu erkennen wäre. Doch zeigt sich hier bei beiden Gruppen kein Unterschied. Interessant ist nur, daß die Zahlen 16 - 17,20 % der Mütter betreffen. Damit zeigt sich, daß eine symbiotische Mutter-Kind-Beziehung sehr häufig eine Mitursache für Enuresis wie auch psychosomatische Krankheiten zu sein scheint.

3.4. Unterschiede in den Beziehungen des Kindes zu Vater und Mutter

Ein zusätzliches Unterscheidungskriterium könnte die Frage ergeben, ob die Beziehung des Kindes besser zum Vater ist oder zur Mutter oder zu beiden Elternteilen gleich schlecht bzw. gut. Die Ergebnisse auf diese Frage sind in Tabelle 9 ersichtlich:

Tabelle Nr. 9

Beziehung des Kindes zum Vater und zur Mutter

	Enuretiker			Vergleichsgr.		
	Junge	Mädch.	Ges.	Junge	Mädch.	Ges.
Beziehung besser zum Vater	3	8	11	15	6	21
besser zur Mutter	22	11	33	16	14	30
gleich gut, unauffällig	5	2	7	6	7	13
gleich schlecht	20	9	29	14	3	17

Hierbei ist interessant, daß in beiden Gruppen bei 3/8, d.h. 37 % der Kinder die Beziehung zur Mutter besser ist. Dies ist deswegen interessant, weil TOTZEK in seinem Vergleich von Enuretikerkindern und Nicht-Enuretikerkindern mit Hilfe des Satzergänzungstests feststellte, daß bei Satz 85 "Wenn ich meine Mutter ..." bei 34 % der Enuretikerkinder Aggressionen auftauchten. Hierbei muß man zu unserer Auswertung bemerken, daß wir auch dann die Beziehung zur Mutter als besser erachteten, wenn das Kind in einer symbiotischen Abhängigkeit von der Mutter stand oder die Mutter ihm gegenüber einen Overprotection-Erziehungsstil anwandte, was ja häufig der Fall ist.

Bei den Enuretikern haben mehr Jungen das bessere Verhältnis zur Mutter als bei der Kontrollgruppe. Dagegen haben bei der Vergleichsgruppe mehr Jungen ein besseres Verhältnis zum Vater. Dies läßt sich so erklären: Bei der Enuresis spielt die gestörte Mutter-Kind-Beziehung die Hauptrolle. Diese ist von der Mutter aus gestört. Die Jungen dagegen sind auch in diesen Fällen häufig stark an die Mutter gebunden, da jede Beziehung ambivalent ist. Eine gestörte Beziehung bedeutet deshalb häufig eine Ambivalenz von Abhängigkeit von der Mutter und zu-

gleich Auflehnung in aggressiver Form gegen diese Abhängigkeit. Diese kann allerdings nicht ausgelebt werden, sondern zeigt sich in der Phantasie (TOTZEK) bzw. im Symptom.

Interessant ist auch die Beziehung zum Vater. Während sie bei 11 Enuretikerkindern besser ist als die zur Mutter, sind es in der Kontrollgruppe 21. Auch diese Zahl überrascht etwas, wenn wir die Arbeit von TOTZEK heranziehen. Beim Satzanfang 38 "Am meisten vermißte ich ..." gaben 20 Enuretikerkinder = 20 % die Antwort "den Vater", während es bei den Nicht-Enuretikern nur 5 % waren. Dagegen vermißten nur 2 %, d.h. 2 von 100 Kindern, ihren Aussagen nach die Mutter, während es bei den Nicht-Enuretikern immerhin 18 % = 11 Kinder von 60 waren. Dies kann allerdings daran liegen, daß TOTZEKS Arbeit bei 9 - 11jährigen Enuretikern durchgeführt wurde und viele von ihnen wahrscheinlich schon in der Pubertät standen, wobei die Aggression gegen die Mutter und das Vermissen des väterlichen Vorbildes stärker ist, als bei unseren Fällen. Ein anderes Ergebnis TOTZEKS stimmt mit unserer Arbeit überein. Er schreibt nämlich, daß 28 % der Enuretiker gegenüber 12 % der Nicht-Enuretiker die Eltern vermißten. Dies können wir mit unserer Kategorie einer "gleich schlechten Beziehung zu beiden Eltern" vergleichen.

Es zeigte sich in unserer Arbeit bei 29 Kindern = 36 % diese gleich schlechte Beziehung zu den Eltern, während dies in der Kontrollgruppe nur bei 17 Kindern = 21 % der Fall war. Bei der Prüfung mit Hilfe des Chi^2-Tests ergab dieser Unterschied eine Signifikanz von 5 %. Der Chi^2-Wert ist 4,39.

Die Angaben für diese Frage entnahmen wir den Anamnesen, u.z. besonders den Explorationen während der Tests, in denen die meisten Untersucher das Kind indirekt darauf hinlenkten, etwas darüber auszusagen, wie es zum Vater und zur Mutter stünde. Dies geschah jedoch leider nicht überall, so daß wir bei einigen Fällen auf durch die restliche Anamnese gestützte Vermutung angewiesen waren. Es wäre empfehlenswert, die Exploration sowie die Anamnese der allgemeinen Erziehungsberatungsstellen zu standardisieren. Besonders scheint uns die Frage darnach, zu wem das Kind ein besseres Verhältnis hat, interessant zu sein, u.z. deshalb, weil so die Aussagen der Eltern hinsichtlich ihrer Beziehung zum Kind untersucht und berichtigt werden können oder sich Diskrepanzen auftun, die den Eltern nicht erklärlich sind, aber bei einer Beratung den Eltern eine Möglichkeit zur Änderung aufzeigen können. Wenn dies nicht direkt erfragt werden kann, so könnte hierzu auch der SET verwendet werden, der in anderen Erziehungsberatungsstellen mit Erfolg angewandt wird. Auch bei der Verwendung der Tests wäre es wünschenswert, wenn dieselben Tests verwendet würden, denn sonst sind die Aussagen häufig nicht miteinander vergleichbar.

4. Kinderzahl

Ein weiterer Faktor, der auf die Enuresis Einfluß haben könnte, ist die Zahl der Kinder. In Tabelle 10 wird diese für beide Gruppen angegeben.

Tabelle Nr. 10

Anzahl der Kinder in der Familie

	Enuretiker	Vergl.gr.
Familien mit einem Kind	20	10
mit zwei Kindern	26	35
mit drei Kindern	22	16
mit vier Kindern	7	5
mit fünf und mehr Kindern	5	4
	80	80

Aus der Tabelle ist eindeutig der heutige Trend zum Einzelkind und zu zwei Kindern zu erkennen, denn in beiden Fällen sind weit über 50 % (46 und 45 Kinder) der 80 Kinder aus Ein- oder Zwei-Kinder-Familien. Rechnen wir die 3-Kinder-Familien noch hinzu, so ergibt das in beiden Fällen etwa 87 % der Kinder. Dies steht in Widerspruch zu ZYLINSKIS Ergebnissen, die er an 500 stationär behandelten Bettnässern feststellte. Bei ihm stammten 230 Kinder = 47,5 % aus Familien mit 4 oder mehr Kindern. Bei uns dagegen sind dies nur 12 Kinder = 8,5 %. Diese Unterschiede können nicht eindeutig geklärt werden. Vielleicht liegt es daran, daß die Kinderheilanstalt in Bad Sassendorf keine zufällige Auswahl darstellt. ZYLINSKI schreibt, daß die Kinder durchschnittlich neun Wochen im Rahmen des spezialisierten Kinderheil-Fürsorgeprogramms verschickt wurden, u.z. nach Amtsarztuntersuchung, und in der Abteilung für das neurotisch gestörte Kind untergebracht wurden. Das Einzugsgebiet dieser Fälle habe sich vornehmlich auf Nordrhein-Westfalen erstreckt. Hieraus kann man mit aller Vorsicht schließen, daß diese Heilfürsorge besonders die kinderreichen und damit armen Familien in Anspruch genommen haben, vielleicht eher, um die Kinder oder eines der Kinder für einige Zeit loszuwerden, als aus den Erwägungen, ihnen zu helfen. Es ist damit klar, warum die amtsärztliche Untersuchung stattgefunden hat; wenn dies im Rahmen der allgemeinen Schuluntersuchung war, so ließe sich unter Umständen darauf schließen, daß die Kinder aus kinderreichen Familien, die Enuretiker sind, eher auf solche Fragen mit "ja" geantwortet haben oder ihre Eltern bzw. daß die Eltern aus höheren Schichten, deren Kinder Enuretiker sind, mit dieser Verschickung nicht einverstanden waren, weil es ihrem Prestige geschadet hätte.

Allerdings weist auch die Arbeit von TOTZEK in ZYLINSKIS Richtung, denn von seinen 100 Enuretikern stammen 45 = 45 % aus Familien mit 4 und mehr Kindern. Doch auch diese Zahl scheint nicht zufällig zustandegekommen zu sein, da es sich ja bei diesen Enuretikern um Heimkinder handelt und die Wahrscheinlichkeit, aus einer Mehrkinderfamilien in ein Heim zu kommen, wohl größer ist, als aus einer kleinen Familie. Bei HALLGRENS genauen Untersuchungen stammen dagegen von 221 Kindern nur 27 = 14 % aus kinderreichen Familien mit 4 oder mehr Kindern.

Ein Vergleich mit unseren Zahlen läßt den Schluß zu, daß auch die psychosomatische Beratungsstelle keine Zufallsauswahl darstellt. Wenn nämlich bei HALLGRENS Analysen, die am ehesten mit unseren zu vergleichen sind, der Prozentsatz der Kinder, die aus Familien mit 4 oder mehr Kindern kommen, viel höher ist (14 % gegenüber 8,5 %), so mag das daran liegen, daß in der Beratungsstelle die oberen sozialen Schichten überrepräsentiert sind. Dies bestätigt auch die Untersuchung von KARCH. Er stellte beim gesamten Untersuchungsmaterial der psychosomatischen Beratungsstelle der Universität München seit 1959 fest, daß 31 % der untersuchten Kinder aus der unteren und oberen Unterschicht stammen. In der BRD sind nach einer Bevölkerungsbefragung von SCHEND u.a. von 1961 46 % der Bevölkerung zu diesen beiden Schichten zu rechnen, 44 % der vorgestellten Kinder stammen dagegen aus der mittleren und oberen Mittelschicht. In der BRD sind dagegen nur 19 % zu diesen beiden Schichten zu zählen.

4.1. Die Zwei- oder Drei-Kinder-Familie

Vergleichen wir die unterschiedliche Anzahl von Kindern, die sich in den Gruppen 2 und 3 Kinder bei den Enuretikern und der Kontrollgruppe findet, und prüfen wir diesen Unterschied auf Signifikanz, so erhalten wir einen Chi^2-Wert, der um 1,5 herum liegt, d.h. dieser Unterschied ist nicht signifikant. Die Frage, ob dieser Unterschied also mit dem Zufall erklärt werden kann, kann in diesem Fall nicht verneint werden.

Leider können wir unsere Ergebnisse nicht mit denen von KARCH vergleichen, da er die Anzahl der Geschwister nicht zu den Milieufaktoren gezählt hat, die in der Kindheit eine Beziehung zur Symptomatik verhaltensgestörter Kinder haben. In unserer Untersuchung ist der Mittelwert in der Gruppe von Enuretikern 2,39 Kinder, während er in der Kontrollgruppe bei 2,25 Kindern liegt. Wir prüften die Mittelwertsdifferenz von 0,14 mit Hilfe des T-Tests nach der Formel

$$t = \frac{N_1 - N_2}{S_{diff.}}$$

wobei

$$S_{diff.} = s^2M_1 + s^2M_2 \quad \text{und} \quad s^2M = \frac{s^2x}{N} \quad \text{ist (vgl.LIENERT).}$$

Hierbei ergab sich ein T-Wert von 0,42, der bei 160 - 2 = 158 Freiheitsgraden nicht signifikant ist. Also konnten wir auch mit Hilfe dieses genaueren Verfahrens die Hypothese, daß die beiden Gruppen im Durchschnitt gleich viele Kinder haben, nicht wiederlegen.

4.2. Stellung in der Geschwisterreihe

Als nächstes untersuchten wir die Stellung in der Geschwisterreihe. TOTZEK berichtet, daß bei ihm eine gehäufte Anzahl von Enuretikern Erstgeborene waren und dibt dafür eine genauere Begründung. Vergleicht man allerdings die Zahlen und berechnet die Chi^2-Werte für sie, so ergibt sich keine Signifikanz.

KARCH unterscheidet in seiner Arbeit drei Kategorien:

1. Erstes Kind
2. In der Reihe der Geschwister geboren
3. Nachkömmling.

Diese Aufteilung scheint uns nicht genügend exakt zu sein, deshalb unterschieden wir, wie in Tabelle 11 abzulesen ist, 5 Kategorien: Einzelkind, das älteste und jüngste, in der Reihe und den Nachkömmling.

Tabelle Nr. 11

Stellung in der Geschwisterreihe

	Enuretiker	Vergleichsgruppe
Einzelkind	20	19
Ältestes Kind	13	26
Jüngstes Kind	19	18
In der Reihe	22	10
Nachkömmling	6	7
	80	80

Bei unserer Untersuchung stellten wir fest, daß 13 Kinder aus der Gruppe der Enuretiker die Ältesten waren, während es bei der Kontrollgruppe 26 waren. Dieser Unterschied ist bei einem Chi²-Wert von 5,85 auf dem 2 %-Niveau signifikant, d.h. in unserer Untersuchung sind signifikant weniger Enuretiker älteste Kinder, als in den Familien der Vergleichsgruppe.

Der zweite auffallende Wert ist die Anzahl der Kinder, die in der Reihe geboren sind. Bei den Enuretikern sind es 22, bei der Kontrollgruppe 10. Prüft man diesen Unterschied, so ergibt sich ein Chi²-Wert von 5,6, der ebenfalls auf dem 2 %-Niveau signifikant ist. Dieses Ergebnis stimmt mit den Angaben von KARCH, die er bei Enuretikern feststellte, überein. Allerdings lassen sich die Zahlen nicht genau vergleichen. Aus KARCHS Angaben entsteht nämlich der Eindruck, daß er auch die jüngeren Geschwister zu denen gerechnet habe, die in der Reihe der Geschwister geboren sind. Außerdem scheinen auch die jüngsten Kinder dazuzugehören. Dies scheint uns deshalb so zu sein, weil die drei Positionen, Ältestes, in der Reihe und Nachkömmling zusammen 100 % ergeben. Aus diesem Grund sind die Zahlen nicht vergleichbar und KARCH versteht etwas anderes unter "in der Reihe der Geschwister geboren" als wir. Bei unserer Untersuchung hieß in der Reihe der Geschwister geboren, daß mindestens 3 Kinder in der Familie sein mußten, sonst sprachen wir nur vom ältesten und vom jüngsten Kind.

Auch in der Arbeit von TOTZEK wird die Stellung in der Geschwisterreihe nicht genau definiert. TOTZEK spricht vom ersten, zweiten, dritten bis nten Kind, schreibt aber nicht, aus einer Familie von wie vielen Kindern nun dieses erste bis nte Kind stammt. Aus diesem Grund können auch seine Zahlen nicht zum Vergleich herangezogen werden.

Dagegen berichtet K.D. STAHL in einer Arbeit von 1962, daß 23,5 % seiner Enuretiker in der Reihe Geborene waren, während das bei der Kontrollgruppe nur 18,8 % waren.

DECHÊNE unterscheidet Störungshäufigkeit und Störungsintensität. Bei seiner Untersuchung über den Einfluß der Geschwisterkonstellation auf die psychische Fehlentwicklung kommt er zu folgenden Ergebnissen, die für unsere Untersuchung relevant sind:

1. Die Mittelkinder aus Drei- oder Vier-Kinder-Familien stimmen darin überein, daß sie im Durchschnitt eine schwächere Störungsintensität aufweisen als die jeweiligen Ältesten.
2. Der durchschnittlich schwächeren Störungsintensität der Mittelkinder in Drei- oder Vier-Kinder-Familien läuft - zumindest bei den Vier-Kinder-Familien - eine deutliche Zunahme der Störungshäufigkeit der Mittelkinder entgegen.

Diese Befunde spezifizieren unsere dahingehend, daß Bettnässerkinder häufiger "in der Reihe" geboren sind, als die Kinder der Vergleichsgruppe. Bei den Kindern der Vergleichsgruppe, die ja hauptsächlich Erziehungsschwierigkeiten machen und Schulschwierigkeiten zeigen, sind dagegen mehr Kinder älteste Kinder als bei Bettnässern.

5. Bildungstand der Eltern.

Als nächsten sozio-ökonomischen Faktor betrachteten wir den Bildungsstand der Eltern der Kinder. Wir teilten die Stichprobe grob in 3 Gruppen ein, Volksschule, Mittlere Reife, Abitur. Tabelle 12 gibt die dafür vorliegenden Zahlen an:

Tabelle Nr. 12

Bildungsstand der Eltern

	Enuretiker		Vergl.gr.	
	Vater	Mutter	Vater	Mutter
Volksschule	53	51	35	37
Mittlere Reife	11	21	21	30
Abitur	16	8	24	13
	80	80	80	80

Wir prüften diese Tafel mit dem Chi^2-Test und erhielten einen Chi^2-Wert von 8,40. Dieser ist bei zwei Freiheits-Graden auf dem 2 %-Niveau signifikant. Das heißt in unserem Fall, daß die Enuretiker-Kinder signifikant häufiger aus Familien stammen, deren Vater die Volksschule besucht hat, wärhend die psychosomatischen und erziehungsschwierigen Kinder eher aus Familien stammen, deren Väter die Mittel- und Oberschule besucht haben. Beim Vergleich der Schulbildung der Mütter ergibt sich für die 3 x 2 -Feldertafel kein signifikanter Wert, der Chi^2-Wert liegt unter 5 %. Verkleinern wir diese Tafel aber auf eine 4-Felder-Tafel mit den Variablen Volksschule, nicht Volksschule, so ist der Chi^2-Wert von 4,927 auf dem 5 - 2 %-Niveau signifikant. Es ist also wesentlich wahrscheinlicher, daß Enuretikerkinder aus Familien stammen, deren Väter und/oder Mütter nur die Volksschule besucht haben, als daß Kinder, die Erziehungsschwierigkeiten und psychosomatische Krankheiten aufweisen, aus Familien stammen, die dieser Bildungsstufe angehören. Kinder mit Erziehungsschwierigkeiten und psychosomatischen Krankheiten stammen dagegen wesentlich häufiger aus Familien, deren Eltern die Mittel- und/oder Oberschule besucht haben. Unsere Ergebnisse stimmen mit anderen Autoren, z.B. HARNACK, THIEME, CREMERIUS, ELHARDTu.a. überein.

6. Beruf der Eltern

Außer der Schulbildung gehört zum Status noch der Beruf von Vater und Mutter. Wir unterteilten hier 4 Kategorien, die in Tabelle 13 wiedergegeben sind:

Tabelle Nr. 13

Beruf von Vater und Mutter

	Enuretiker		Vergleichsgr.	
	Vater	Mutter	Vater	Mutter
ungelernt	20	28	8	23
Facharbeiter	28	39	35	34
Angestellter u.a. Beruf in mittlerer Position	22	12	19	15
Angestellter u.a. Beruf in höherer Position	10	1	18	8
	80	80	80	80

Wenn wir die Berufe der Väter miteinander vergleichen, so sehen wir, daß 25 % der Väter von Enuretikerkindern ungelernte Arbeiter sind, während es bei den Nicht-Enuretikern nur 10 % der Väter sind. Die absoluten Zahlen von 20 und 8 in einer 4-Felder-Tafel angeordnet, ergeben einen Chi^2-Wert von 6,232, von dem aus der Unterschied nicht mehr mit dem Zufall erklärt werden kann, da diese Zahl fast auf dem 1 %-Niveau signifikant ist. Betrachten wir im Gegensatz dazu die höheren Angestellten, so dreht sich das Verhältnis um. 12,5 % der Väter der Enuretikerkinder sind höhere Angestellte und Beamte, während bei den Nicht-Enuretikerkindern 22,5 % höhere Angestellte sind. Der Unterschied ergibt einen Chi^2-Wert von 5,4, der auf dem 2 %-Niveau signifikant ist.

Fassen wir diese beiden Ergebnisse zusammen, so können wir sagen, daß Enuretikerkinder wesentlich häufiger aus Familien stammen, deren Väter Hilfsarbeiter sind, als dies bei erziehungsschwierigen Kindern der Fall ist. Dagegen stammen erziehungsschwierige und psychosomatisch erkrankte Kinder wesentlich häufiger aus Familien, deren Väter höhere Angestellte und Beamte sind, während die Enuretikerkinder wesentlich seltener aus solchen Familien stammen.

Bei den Müttern ließ sich hinsichtlich des Berufs kein signifikanter Unterschied feststellen. Auch dieses Ergebnis wird in vielen anderen Arbeiten ähnlich berichtet. Bei ZYLINSKIS Untersuchung sind 83,6 %, d.h. 418 Väter von 500 Bettnässern von Beruf Arbeiter. Dies weist ebenfalls wieder darauf hin, daß die Auswahl von ZYLINSKIS Kindern nicht rein zufällig zustandekam, denn das Statistische Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland weist 1962/63 38,5 % Arbeiter auf. Rechnen wir in unserer Stichprobe ungelernte und Facharbeiter als Arbeiter zusammen, so haben wir 48 von 80 = 60 %. Auch dieser Wert liegt natürlich noch über dem von 38,5 %, liegt aber genau zwischen diesem und dem Wert, der von ZYLINSKI berichtet wird. Bei der Gruppe der Nicht-Enuretiker sind 43 Väter Arbeiter, d.h. 54 %. Bei KARCHS Untersuchung stammen 27 % der Väter der untersuchten Kinder aus dem Arbeiterstand. Der Unterschied läßt sich dadurch erklären, daß KARCH 0,9 % der Landwirte als eigene Kategorie berechnet und bei 12,1 % keine Angabe hat, z.B. bei unehelichen Kindern. Wir dagegen versuchten auch bei unehelichen Kindern die Stellung des Vaters, so wie die Mutter sie in der Anamnese angegeben hatte, mit einzubeziehen. STAHL fand bei seiner Arbeit, die sich mit 200 Enuretikern befaßt, daß 50 = 25 % ungelernte Arbeiter und Taglöhner sind und 83 = 41,5 % einfache Beamte, Arbeiter, Kleinbauern und Weingärtner. Die Summe von 66,5 % kommt der unseren nahe, besonders, wenn man davon ausgeht, daß wir die unteren Beamten nicht mehr in diese Gruppe mitgerechnet haben. Auch in diesem Punkt kann unsere Auswahl mit den Ergebnissen der meisten anderen Untersuchungen verglichen werden.

7. Geschwisterbeziehung

Die letzte Fragestellung in diesem ersten Teil der Anamnese betrifft die Beziehung der Enuretikerkinder zu ihren Geschwistern. Da sehr häufig beobachtet wird, daß Kinder dann wieder einnässen, wenn ein jüngeres Geschwister geboren wird, kam man sehr schnell zu der Annahme, daß die Enuresis durch eine Geschwisterrivalität mitbedingt sein könnte. Wenn wir TOTZEKS Arbeit mit dem Satzergänzungstest heranziehen, so gibt sie Ergebnisse, die in diese Richtung weisen. Bei der Frage 42 "Hätte ich keinen jüngeren Bruder oder keine jüngere Schwester mehr bekommen, dann ..." antworteten die Enuretikerkinder wesentlich häufiger mit einem Wunsch nach dem Einzel- oder Kleinkind-Dasein, etwa in der Art: "Dann wäre ich allein", oder mit einem Wunsch nach Liebe, "Dann wäre ich der Liebste". Vergleicht man die

Anzahl der Enuretiker mit der der Nicht-Enuretiker, so ergeben die beiden Fragen folgende Werte:

a) 26 % gegenüber 15 %,
b) 14 % gegenüber 7 %,

28 % gegenüber 8 %, wenn sie kein jüngeres Geschwister hatten. Allerdings sprechen die Ergebnisse des Satzanfangs 38 "Am meisten vermißte ich ..." gegen die alleinige Gültigkeit dieser Annahme, denn bei diesem Satzanfang antworteten 17 % der Enuretiker mit dem Wort "die Geschwister", während dies bei den Nicht-Enuretikern nur 3 % taten. Es ergibt sich hier also ein etwas ambivalentes Bild.

III. Bisherige Arbeiten über die Enuresis und den Sceno-Test

1. VON STAABS

In der 2. Auflage ihres Buchs "Der Sceno-Test" zählt VON STAABS folgende Merkmale auf, die sie bei Enuretikern beobachtet hat:

a) Das Baby wird abseits gelegt, als Ausdruck einer Geschwisterrivalität.

b) Das Baby kann aus Sympathie auf das weiche Fellchen und dieses dann auf den Liegestuhl gebettet werden.
Hierin sieht VON STAABS betonte Wünsche, Passivität und Zärtlichkeit als Ausdruck einer Sehnsucht nach Kleinkind-Umsorgtheit.

c) Der Plüschhund kann dem Baby als Wächter und Kamerad zugestellt werden und drückt den Wunsch nach besonderer Umsorgtheit aus.

d) VON STAABS hat eine Ehrgeizkomponente entdeckt, die sich in der Tendenz zum Ausdruck bringt, in die Höhe zu bauen.

e) Es kommen Aggressionen vor, z.B. der Mutter gegenüber, wenn sich gegen deren Erziehung in der Sauberkeitsphase starker Trotz erhoben hat. VON STAABS sieht als Zeichen dafür, daß die Mutter an das Waschfaß gestellt wird.

f) Eifersucht: Unliebsame Babys werden außer acht gelassen oder zwar in die Szene mit einbezogen, aber offensichtlich vernachlässigt. Sie können auch in besonders schweren Fällen aggressiv bedroht werden, z.B. wenn das Baby im stärksten Fall vom Krokodil verschlungen wird.

g) Das Schweinchen kann in der einen Ecke liegen. VON STAABS will häufig beobachtet haben, daß es dann noch auf das Fell gelegt wird, während die Mutter ihm diametral gegenübersteht. Hierdurch soll sich der Wunsch nach dem Sich-gehen-lassen-können ausdrücken und die Aggression gegen die Mutter, die dieses Sich-gehen-lassen durch ihre Sauberkeitsanforderungen verhindert.

2. KNEHR

Sie weist auf die Regressionstendenzen hin, die sich bei einem von ihr erwähnten Fall z.B. darin ausdrücken, daß das gefütterte Baby eine Schar von Bewunderern anlockt, die gerade zu Besuch kommen. Sie sagt, daß das kleine Kind im Arm der Mutter das Bild sei, das bei Regressionstendenzen am häufigsten erscheine.

KNEHR erwähnt auch den Wunsch und das Trinkbedürfnis, die sich in der von ihr beschriebenen Szene darin äußern, daß vor jeder Person Speisen und Getränke bereitstehen.

3. BERGER und RENNERT

Sie untersuchten die Sceno-Gestaltung von 20 Kindern, 5 Mädchen und 15 Jungen. Von ihnen waren 10 wegen Enuresis und je 5 wegen Enkopresis bzw. Enuresis und Enkopresis vorgestellt worden. Das Alter der Patienten lag zwischen 7 und 14 Jahren. BERGER und RENNERT schreiben zuerst über die Sceno-Gestaltungen, die nicht von denen anderer normaler Kinder abweichen, und sie stellen fest, daß die Kinder am liebsten ihr Daheim mit der angrenzenden Straße darstellen, die Familie oder Teile der Familie am Tisch oder auf der Straße. Hinsichtlich des benutzten Materials fällt ihnen bei den Mädchen die Verwendung des Klosetts, des Nachttopfs und der Felle auf. 4 Patienten stellen das Klosett abseits von der übrigen Szene auf. Bei 6 Patienten scheint sich nach den Angaben von BERGER und RENNERT das Symptom unmittelbar in der Gestaltung des Sceno wiederzuspiegeln. BERGER und RENNERT fällt auf, daß bei dem restlichen Spielmaterial die erwachsenen Puppenfiguren häufiger vorkommen als die Kinderfiguren, und es fällt ihnen auf, daß von den 20 Kindern 5 in ihren Darstellungen überhaupt keine Person verwendet haben. In den meisten Sceno-Gestaltungen allerdings tritt die Kontaktstörung zum Elternhaus offen oder latent hervor. Dabei sollen die kontaktfähigen unter den Enuretikern zur offenen Auseinandersetzung mit der Person tendieren, während die zurückhaltenden Kinder die Konflikte auf Personen und Tiere übertragen oder auch nur Tiere handeln lassen.

BERGER und RENNERT schreiben: "Man gewinnt den Eindruck, daß sich die Kontaktstörung in ihrer scharfen Form gern als Aggression, in der gemäßigten als Angst, Abwehr und Flucht, und in der milden als Wunsch im Sceno-Test zu offenbaren pflegt." Als Unterschied zu den Nicht-Enuretikern stellen sie fest, daß bei den Enuretikern heftige Tierbeißereien vorkommen, die wir als Aggressionsneigungen interpretieren. Auch BERGER und RENNERT betonen, daß junge Kinder den Wunsch nach Umsorgtsein äußern, indem sie sich mit dem Baby identifizieren, das sie der Mutter auf den Schoß setzen oder auffallend oft mit dem Fell oder dem Fellhund umgeben.

In ihrer Zusammenfassung schreiben sie: "Von der Sceno-Gestaltung her kann man meist unschwer auf Milieukomplikationen schließen, nicht ganz selten bis in die Feinheiten hinein. Die Gestaltung läßt zwar im allgemeinen keinen annähernd verläßlichen Rückschluß auf die Art des Leidens bzw. des Kinderfehlers zu".

BERGER und RENNERT untersuchten nun eine Vergleichsgruppe von 20 Kindern und verglichen die Sceno-Test-Gestaltungen. Sie kamen dabei zu folgenden Ergebnissen:

a) Das Klosett wurde in beiden Gruppen von je 5 Kindern verwendet.

b) In beiden Gruppen verwenden 5 Kinder keine Personen.

c) Von den 20 Patienten in der zweiten Gruppe bauen genauso viele Kinder (18) wie bei der ersten Gruppe konfliktgebundene Szenen auf.

4. KÄCHELE-SEGERS

Nehmen wir schließlich noch die Ergebnisse hinzu, die KÄCHELE-SEGERS bei ihrer Arbeit herausgefunden hat. Danach spielen Enuretiker viel häufiger als im Durchschnitt aller Vulgärlösungen die Vulgärlösung 1 "Baby oder Kind - Fell" und die Vulgärlösung 2 "Baby mit Flasche oder Töpfchen". Ebenfalls häufiger als durch-

schnittlich spielen sie die Vulgärlösungen "Eltern mit Kind" (7), "Kindergruppe im Spiel" (11), "Fuchs im Wald" (19) und die Vulgärlösung "Großeltern" (GE, 10). KÄCHELE deutet die größere Spielhäufigkeit der Vulgärlösungen 7, 10 und 11 auf das Verlangen nach nahtloser Integration in die umgebende Gemeinschaft und die Lösung vom Fuchs im Wald deutet ihrer Meinung nach auf aggressive Triebspannungen hin.

5. MALMIVARA und KOLHO

Sie verglichen die Persönlichkeiten von 5 bis 7 Jahre alten Enuretikern und wandten dabei den Sceno-Test und den Rorschach-Test an. Sie teilten ihr Material in verschiedene Hauptgruppen ein, u. z. eine gehemmte, eine Zentralgruppe und eine impulsive Gruppe. Hierbei untersuchten sie Enuretiker und Stotterer zusammen mit einer Vergleichsgruppe und fanden folgendes:

a) Bei den Enuretikern bestand eine strengere Übereinstimmung mit der Kontrollgruppe als zwischen Stotterern und der Kontrollgruppe.

b) Von den Enuretikern stellte keiner ein reines Spiel mit Klötzen dar (Block Design), während dies bei den Stotterern die übliche Lösung war.

c) Bemerkenswert ist, daß Eß-Szenen zu 36 % bei den Enuretikern und nur zu 17 % bei der Kontrollgruppe vorkamen. Bei den Stotterern traten sogar nur zu 6 % Eß-Szenen auf.

2. Teil der Arbeit

E. Auswertung des Sceno-Tests in der vorliegenden Arbeit

Von den bisherigen Ergebnissen ausgehend versuchten wir das Sceno-Test-Material nach verschiedenen Gesichtspunkten zu ordnen und in einem Vergleich mit der Kontrollgruppe festzustellen, ob Unterschiede auftraten und wenn sie auftraten, ob sie dem Zufall zuzuschreiben waren oder nicht mehr mit dem Zufall allein erklärt werden konnten.

I. Vergleich mit der Grundgesamtheit

Wir nahmen zuerst einmal einen Vergleich der Verteilung des vorliegenden Materials mit der Grundgesamtheit der Fälle vor. Als diese sahen wir die 1037 Fälle an, die bei der Arbeit von KÄCHELE aus den Krankengeschichten der psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder bei der Kinderpoliklinik der Universität München aus dem Jahre 1959 bis 1968 ausgewählt waren. In Tabelle 14 haben wir zuerst einmal die Anzahl von Buben und Mädchen verglichen. Wir erhielten dabei einen Chi^2-Wert von unter 0,00.

Tabelle Nr. 14

	Buben	Mädchen	Gesamt
Enuretiker	50	30	80
Grundgesamtheit	657	380	1037

In Tabelle 15 sehen wir die Aufteilung der Altersgruppen in 4 Stufen: 2-5jährige, 6-8jährige, 9-11jährige und 12-15jährige.

Tabelle Nr. 15

	2-5j.	6-8j.	9-11j.	12-15j.	Ges.
Enuretiker	9	36	25	10	80
Grundgesamtheit	175	311	289	262	1037

Tabelle 16 vergleicht die Enuretikerverteilung nach männlich und weiblich, wie wir sie vorgenommen haben, und wie sie von KÄCHELE dargelegt worden ist. Wir erhielten wiederum einen Chi^2-Wert von 0,00.

Tabelle Nr. 16

	Buben	Mädchen	Gesamt
KÄCHELE	103 (61,6 %)	64 (38,4 %)	167 (100 %)
wir	50 (62,5 %)	30 (37,5 %)	80 (100 %)

Tabelle 17 zeigt einen Vergleich der Verteilung nach Altersgruppen, wie wir sie gefunden haben, mit der, die KÄCHELE für die Gesamtheit der Enuretiker angibt. Wir erhielten einen Chi^2-Wert von ca. 3,0.

Tabelle Nr. 17

	2-5j.	6-8j.	9-11j.	12-15j.	Gesamt
KÄCHELE	31	61	54	21	167
wir	9	36	25	10	80

Insgesamt ist über unsere Auswahl aus dem von KÄCHELE verwandten Material zu sagen:

a) Unsere Auswahl ist eine Zufallsauswahl aus dem von KÄCHELE verwandten Material.

b) Die Altersgruppe 2 - 5 Jahre ist in unserer Arbeit gegenüber der Arbeit von KÄCHELE reduziert worden. Eine Begründung hierfür liegt darin, daß die 2-5jährigen nach HÖHNE und auch unserer Erfahrung nach mehr reine Funktionsspiele zeigen und statt Szenen oft nur Materialanreicherungen und -anhäufungen zeigen. Diese können natürlich tiefenpsychologisch nur beschränkt ausgewertet werden und paßten daher schlecht in unser Auswerteschema.

II.1. Direkte Hinweise auf die Enuresis

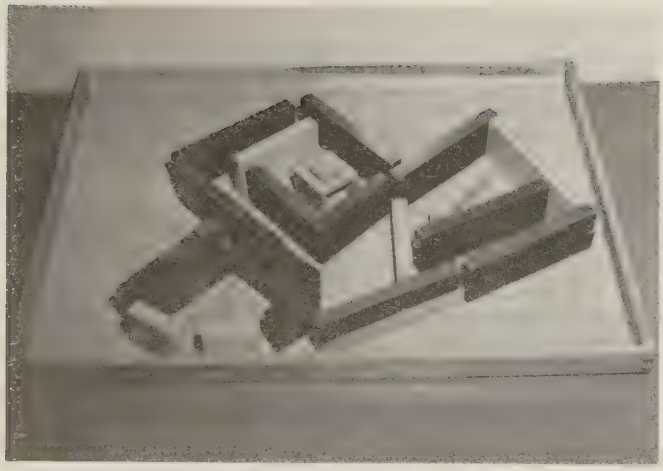
Wenn das Enuretikerkind mit dem Scenokasten spielt, wird es durch das Puppenklo und das Töpfchen an sein Einnässen erinnert. Wie bei keiner anderen Verhaltensstörung oder psychosomatischen Erkrankung des Kindes ist dieser direkte Hinweis dazu angetan, etwas Einblick in die Triebdynamik dieser Kinder zu geben. So erregte das Agieren der Kinder mit dem Puppenklo und mit dem Töpfchen unserer besonderes Interesse, nämlich wie es das Klo beachtet, ob es das Klo anfaßt oder nicht beachtet, wie es in den Aufbau der Scene eingefügt wird, wie es mit anderen Spielfiguren oder -elementen kombiniert wird oder sogar, wie das Kind mit ihm in den einzelnen Szenen im Scenodrama handelt.

1.1. Allgemeine Charakteristik

Von den 38 Kindern, die mit dem Puppenklo spielten, nahmen 5 das Klo nur einfach kurz in die Hand und stellten es wieder weg. 7 Kinder plazierten es ohne Kommentar an den Rand des Spielgeschehens und wiesen so still auf das Symptom hin. Alle anderen teilten ihm eine bestimmte Bedeutung im Spielgeschehen zu, die von Fall zu Fall natürlich sehr verschieden war.

1.1.1. Die Bedeutung des Symptoms im Leben des Enuretikers

Der 10-jährige Franz baut in seinem Spiel lediglich Tierstallungen, in deren Mitte sich nur eine Toilette befindet. Der Mangel an Personen weist auf die Kontaktstörung des Jungen hin. Die zentrale Position des Klos, inmitten der leeren Gebäudeanlagen erscheint dem Betrachter wie ein Labyrinth und versinnbildlicht die Bedeutung des Bettnässens im Leben des Kindes, an das es unlöslich verkettet zu sein scheint und von dem loszukommen sich kein Ausweg anbietet.



1.1.2. Außenseiterposition des Enuretikers - sein Ausgesetztsein
Das Sceno-Test-Spiel eines unehelichen Einzelkindes, das wegen mehrfach operierter Hüftgelenksluxationen lange und hospitalismusgeschädigt in Kliniken gelegen hatte, zeigt die Aussenseiterposition des Enuretikers gegenüber der Weltder Erwachsenen: Das Mädchen im roten Kleid ist schutzlos den beschämenden Blicken der Erwachsenen ausgesetzt. Es wird noch dazu vom Krokodil bedroht. Lediglich der Arzt steht ihm schützend zur Seite.

1.2. Aufschlüsselung der direkten Hinweise

Wir schlüsselten die direkten Enuresishinweise und die Kombinationen des Klos mit Figuren auf, um etwaige tiefenpsychologische Hinweise zu erhalten.

Die folgende Tabelle zeigt eine Aufstellung dieser Hinweise und ihre Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen bei Enuretikern und Nicht-Enuretikern.

Tabelle Nr. 18

Merkmale für Enuresis nach Altersgruppen
Enuresis - (Vergleichsgruppe)

	2-5j.	6-8j.	9-11j.	12-15j.	Gesamt
1. Nachttopf	1 (-)	8 (-)	1 (-)	1 (-)	11 (-)
2. Klo allein	2 (-)	4 (1)	4 (1)	4 (-)	14 (2)
3. Klo und Patient	2 (-)	4 (-)	3 (-)	1 (1)	10 (1)
4. Klo und Vater	- (-)	4 (1)	1 (-)	- (-)	5 (1)
5. Klo und Mutter	1 (-)	4 (-)	- (1)	- (-)	5 (1)
6. Klo und Großmutter	1 (-)	2 (-)	- (-)	1 (-)	4 (-)
7. Klo und Geschwister	- (-)	6 (-)	1 (-)	- (-)	7 (-)
8. Klo und Bestrafungshinweis	2 (-)	4 (-)	- (-)	- (-)	6 (-)
9. Schweine	3 (5)	23(15)	18 (9)	3 (3)	47(32)
10. Schweine im Stall	- (-)	4 (1)	5 (-)	4 (1)	13 (2)
11. Waschzuber und Mutter	2 (-)	11 (-)	7 (1)	4 (1)	24 (2)

1.2.1. Der Nachttopf

Wir fanden den Nachttopf nur bei einem von 80 Nicht-Enuretikern vor, dagegen verwendeten ihn 11 von 80 Enuretikern. Das Auftauchen eines Nachttopfs ist demnach spezifisch für Enuretiker. Der Nachttopf wird von den Enuretikern meist dem Baby zugedacht oder er gilt als zusätzliche Absicherung vor dem Symptom vor allem bei Tagnässern.

1.2.2. Die Kloverwendung

Stellen wir die Kloverwendung unabhängig von den Altersstufen und unabhängig von den Kombinationen zusammen, d.h. also die Punkte 2 - 8 von Tabelle Nr. 18, so erhalten wir in Tabelle 19:

Tabelle Nr. 19

	Enuretiker		Nicht-Enuretiker	Ges.
Klo verwendet	38	(47,5 %)	10 (12,5 %)	48
Klo nicht verwendet	42		70	112
	80		80	160

Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 25,33 auf dem 1 ‰ Niveau signifikant. Die unterschiedliche Verwendung des Klos in beiden Gruppen kann also nicht mehr mit dem Zufall erklärt werden.

1.2.2.1. Ergebnisse in den einzelnen Altersstufen
Wenn wir die Kloverwendung in den einzelnen Altersstufen entsprechend der grundsätzlichen Altersverteilung vergleichen, ergibt sich folgende Tabelle:

Tabelle Nr. 20 a

Altersmäßige Verteilung der Verwendung des Klos

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Gesamtkoll.
2 - 5 Jahre	6 (66,6 %)	3 (33,3 %)	9 (100 %)
6 - 8 Jahre	22 (61,1 %)	4 (11,1 %)	36 (100 %)
9 -11 Jahre	7 (28,0 %)	2 (8,0 %)	25 (100 %)
12 -15 Jahre	3 (30,0 %)	1 (10,0 %)	10 (100 %)
	38	10	80

Der Chi^2-Wert von 8,917 ist bei 3 Freiheitsgraden auf dem 5 %-Niveau signifikant und zeigt, daß die unterschiedliche Verwendung des Klos in den einzelnen Altersgruppen kaum noch mit dem Zufall erklärt werden kann.

Um die Verteilung deutlicher sichtbar zu machen, teilten wir die Altersgruppen in nur 2 Gruppen:

Tabelle Nr. 20 b

	mit Klo	ohne Klo	Gesamtkoll.
Enuretiker 2 - 8 Jahre	28	17	45
9 -15 Jahre	10	25	35
	38	42	80

Der dabei erhaltene Chi^2-Wert von 9,135 ist auf dem 1 %o-Niveau signifikant. Das bedeutet, daß die Enuretikerkinder unter 8 Jahren signifikant häufiger mit dem Klo spielen als die älteren Kinder.

1.2.2.2. Geschlechtsspezifische Ergebnisse

Bei der Untersuchung, ob Jungen oder Mädchen häufiger auf das Symptom direkt hinweisen, ergab sich Tabelle 21.

Tabelle Nr. 21

	Buben			Mädchen			
	Klo	kein Klo	Ges.	Klo	kein Klo	Ges.	Insg.
2 - 5 Jahre	3	2	5	3	1	4	9
6 - 8 Jahre	10	12	22	12	2	14	36
9 -11 Jahre	3	13	16	4	5	9	25
12 -15 Jahre	2	5	7	1	2	3	10
	18	32	50	20	10	30	80

20 von 30 Mädchen spielen mit dem Klo = 2/3 = über 66,6 %, während es bei den Jungen nur 18 von 50 sind = 36 %. Der Chi^2-Wert für diesen Unterschied ist 7,059. Er ist auf dem 1 %-Niveau signifikant.

1.2.2.3. Geschlechts- und Altersverteilung der Kloverwendung

Wir fragten uns, ob die Mädchen allgemein mehr mit dem Klo spielen als die Jungen oder ob das auch vom Alter der Mädchen abhängt. Es ergaben sich daraus folgende Tabellen:

Tabelle Nr. 22 a

Mädchen spielen im Alter von	mit Klo	ohne Klo	Ges.
2 - 8 Jahren	15 (83,3 %)	3	18
9 -15 Jahren	5	7	12
	20	10	30

Tabelle Nr. 22 b

Buben spielen im Alter von	mit Klo	ohne Klo	Ges.
2 - 8 Jahren	13 (48 %)	14	27
9 -15 Jahren	5	18	23
	18	32	50

Bei den 2 - 8jährigen spielen von 18 Mädchen 15 mit dem Klo, während es von 27 Buben nur 13 sind. Dieser Unterschied ist auf dem 2%-Niveau signifikant. Bei den 9-15jährigen Enuretikerkindern spielen 5 von 23 Jungen mit dem Klo und 5 von 12 Mädchen. Auch dies scheint sehr bedeutsam zu sein, spielen doch 41,6 % der Mädchen auch in diesem Alter noch mit dem Klo, während dies von den Jungen nur 21,7 % sind.

Tabelle Nr. 23

2-8jährige Enuretiker	mit Klo	ohne Klo	Ges.
Mädchen	13	14	27
Buben	15	3	18
	28	17	45

Chi^2 = 5,68 auf dem 2 %-Niveau.

9-15jährige Enuretiker	mit Klo	ohne Klo	Ges.
Mädchen	5	7	12
Buben	5	18	23
	10	25	35

Chi^2 ergibt keine Signifikanz.

1.2.3. Waschzuber, Mutter und Waschzuber, Klo und Waschzuber

Interessanterweise fanden wir bei der Durchsicht der Scenotest-Spiele unerwartet diese Kombinationen, bei denen das Kind auf die Situation hinweist, die es am meisten beschämt: Wenn z.B. in der Küche auf dem Herd die eingenäßte Wäsche kocht oder die Mutter in der Waschküche steht und die Wäsche schrubbt. Manche Mütter nehmen sicher Rücksicht auf die Gefühle des Kindes, andere setzen diese öffentliche Zurschaustellung des nächtlichen Versagens bewußt als Erziehungsmittel ein. Die unten angeführten Beispiele zeigen, wie sehr die Kinder gerade diese Situation beschäftigt und auf welche Weise sie diese Situation "in eine Szene gebannt haben".

Da dieser Hinweis nur in wenigen Fällen direkt gespielt wurde, untersuchten wir die Szenen genauer, bei denen der Waschzuber verwendet wurde. Wir fanden ebenfalls in mehreren Fällen, daß der Waschzuber diskret neben das Klo plaziert wurde und deuteten diese Kombinationen und das Vorkommen des Waschzubers überhaupt als direkten Hinweis auf das Symptom des Bettnässens.

Wir stellten fest, daß die Enuretiker in 37 % der Fälle diese Kombination spielten, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, bei der sich diese Kombination nur in 2,5 % der Fälle fand.

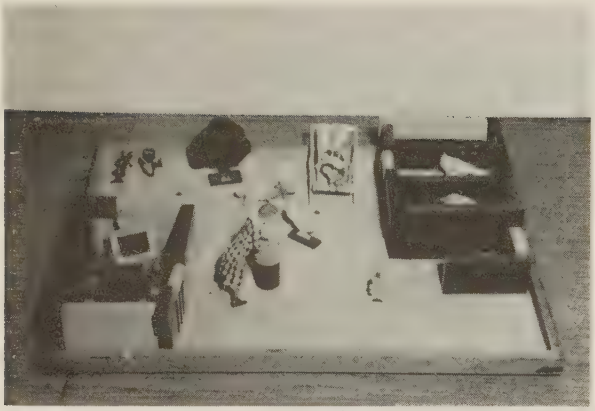
Tabelle Nr. 24

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Ges.
Waschzuber verwendet	24	2	26
Waschzuber nicht verwendet	56	78	134
	80	80	160

Der Chi^2-Wert von 11,1 ist dabei auf dem 0,001-Niveau signifikant.

Die Verwendung des Waschzubers kann wohl in vielen Fällen tiefenpsychologisch so gedeutet werden, daß das Kind durch sein Bettnässen die Mutter einerseits bestrafen will, indem sie die von ihm schmutzig gemachte Wäsche waschen muß. Auf der anderen Seite ist es auch ein unbewußter Appell an die Mutter, zumindest während des Waschens sich mit ihm zu beschäftigen und damit mehr Zuwendung zu erlangen. Es kann auch so gedeutet werden, daß das Kind damit unbewußt ausdrücken möchte, daß seine Mutter zu viel von ihm fordert. Im Symptom demonstriert es seinen Trotz und Widerwillen gegen die Werte von Sauberkeit, gegen die perfektionistische, waschende Mutter.

Beispiel: Waltraud, 15 1/2 Jahre
Waltraud, die schon 15 1/2 Jahre alt ist, näßt noch immer jede Nacht ein. Sie wächst in einer schwierigen Familiensituation heran. So heiratete die lebensunsichere Mutter ein zweites Mal. Die Tochter konnte bei dem strengen Stiefvater keine Geborgenheit erfahren, der vor allem als ehemaliger Feldwebel ein unerträgliches Zwangsregiment führte.
Im Sceno-Test baute Waltraud einen Bauernhof auf mit Stallungen und Wohnhaus. Beides umgab sie mit hohen Mauern. Als für das Dach keine"Bretter" mehr da sind, meinte sie, daß es dann eben hineinregnen und -schneien muß. Das Klosett und die Kuh nahm sie nur heraus und betrachtete beide länger, legte sie dann wieder weg. Statt



dessen stellte sie zentral die waschende Mutter auf, was eindeutig auf das heimliche "Viele-Wäsche-waschen" hindeutet. Auf diese Weise erfuhren auch die Nachbarn der Familie von dem Symptom.

1.2.4. Schwein, Schweine im Stall

Der dritte mögliche Hinweis auf eine Enuresis kann die Verwendung des Schweins oder von Schweinen im Stall sein. Schweine treten in beiden Gruppen auf, wobei allerdings die Enuretiker mehr Schweine verwenden: 47 gegenüber 32 der Vergleichsgruppe.

Tabelle Nr. 25

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Ges.
Schweine werden verwendet	47	32	79
werden nicht verwendet	33	48	81
	80	80	160

Der Chi^2-Wert ist 5,63 und ist auf dem 2 %-Niveau signifikant.

Betrachten wir die Verteilung etwas genauer, so sehen wir, daß 25 von 50 Jungen mit Schweinen spielen, während es 22 von 30 Mädchen tun.

Tabelle Nr. 26

	Buben	Mädchen	Gesamt
Schweine werden verwendet	25	22	47
werden nicht verwendet	25	8	33
	50	30	80

Diese Verteilung ist mit einem Chi^2-Wert von 4,25 auf dem 2-5%-Niveau signifikant.

Hier fällt jedoch ein weiterer Unterschied auf: Teilen wir die Altersverteilung wieder in die Stufen 2 - 8 Jahre und 9 - 15 Jahre, so erhalten wir die folgende Tabelle:

Tabelle Nr. 27

	Buben			Mädchen		
	verwendet	nicht	Ges.	verwendet	nicht	Ges.
Altersstufe 2-8 J.	11	16	27	15	3	18
9-15 J.	14	9	23	7	5	12
	25	25	50	22	8	30

Auffallend ist bei dieser Verteilung der Unterschied zwischen Buben und Mädchen in den Altersgruppen 2 - 8 Jahre. Es spielen von den Buben nur 40,7 % mit den Schweinen, hingegen bei den Mädchen 83,3 %. Bei der Prüfung mit den Chi^2-Test ergab sich der Wert von 8,025, der auf dem 1 ‰-Niveau signifikant ist. Auch diese Werte weisen darauf hin, daß, wie wir bereits in anderen Verwendungen festgestellt haben, speziell die Mädchen der Altersklassen 2-8 Jahre am eindeutigsten auf das Symptom hinweisen.

1.2.4.1. Schwein im Stall

Da dem Bettnässerkind nichts so häufig widerfährt, als mit dem edlen Haustier Schwein verglichen zu werden, wenn am Morgen nach dem Mißgeschick der Nacht sein Versagen in der Familie offenkundig wird, schauten wir uns die Spielszenen näher an, in denen das Schwein vorkommt. Häufig wird es mit den anderen Tieren kombiniert, wobei ihm eine besondere Bedeutung nur beschränkt zukommt. Die Spielvariante "Schwein im Stall" dagegen schien uns bedeutungsvoller zu sein. Diese Vermutung bestätigte sich auch. So verwenden 13 Enuretiker einen Schweinestall in ihrem Spielaufbau.

Tabelle Nr. 28

Schwein im Stall	Enuretiker	Vergl.gr.	Ges.
verwendet	13	2	15
nicht verwendet	67	78	145
	80	80	160

Bei Betrachtung der Altersverteilung fällt auf, daß von diesen 13 Kindern 9 sich in der Altersstufe 9 - 15 Jahre befinden. Wenn die Vermutung richtig ist, daß Schweine im Stall ein Hinweis für Enuresis sind, so bedeutet dies vielleicht, daß sich bei den älteren Kindern das Unbewußte nicht mehr so klar in direkten Hinweisen darstellt und vor einem starken Moralitätsdruck aus Konformität von Seiten der Gesellschaft in harmlosere Scenen ausweicht oder hierin sich ein Wunsch ausdrückt, die Enuresis zu beherrschen. Dieser Wunsch wäre projiziert, und verdichtet sich dann im Schwein im Stall.

Versuchen wir wieder eine tiefenpsychologische Deutung für die Beziehung Schwein und Schwein im Stall im Hinblick auf die Enuresis zu geben, so fällt uns zuerst einmal das Wort selbst auf. Mütter bezeichnen das Enuretikerkind häufig als ein Schwein. Das Kind hat häufig auch schon gesehen oder weiß aus Märchenerzählungen, daß sich Schweine im Schmutz oder auch in den Ausscheidungen suhlen. Von daher ist es verständlich, daß die Verwendung des Schweins folgende Bedeutung haben kann:

a) Ich bin ein Schwein und das gefällt mir so (Freudsche Deutung).

b) Wenn ich ein Schwein bin, achtet Mutter auf mich.

c) Leider bin ich ein (armes) Schwein, Mutti hilf mir.

Die Verwendung des Schweins im Stall würde eine Abwehr bedeuten. Sie kann entweder vom Verbot der Eltern herrühren. Dann wird hier eine masochistische Strafe gesucht. Es kann auch Zensur des Über-Ichs andeuten, wobei also gehörte Vorwürfe symbolisiert werden und das Verbot der strafenden Instanz zugleich. Damit kann das Kind angstfrei leben, weil dem Es ("ich möchte ein Schwein sein") und dem Über-Ich ("Schweine müssen bestraft werden") Genüge geleistet ist, indem der Konflikt selbst dargestellt worden ist. Was also das kleine Kind mit dem Bild Klo - abweisende Mutter ausdrücken kann, kann beim älteren Kind im Symbol "Schwein" und "Schweine im Stall" auf ihm gerechte altersgemäße Weise dargestellt werden.

1.2.5. Zusammenfassung

Bisher fanden wir folgende Merkmale, die bei den Sceno-Tests von Enuretikern wesentlich häufiger vorkamen, als bei den Nicht-Enuretikern.

Tabelle Nr. 29

Anzeichen	Verhältn. Enuretiker : Vergl.Gr. absolut	relativ	Chi^2 Wert	Niveau
1) Nachttopf	11 : 1	11	9,07	1 %
2) Klo	38 : 10	3,8	25,33	1 ‰
3) Waschzuber + Mutter	24 : 2	12	22,22	1 ‰
4) Schwein im Stall	13 : 2	6,5	8,90	1 %
5) Schwein	47 : 32	1,5	5,63	2 %

1.3. Zusammenfassung der Ergebnisse der Kloverwendung

Das Ergebnis dieser Untersuchung zeigt folgendes:

1.3.1. Bei der Stichprobe der Enuretiker verwenden 38 das Klo, bei der Kontrollgruppe dagegen nur 10.

1.3.2. Bei den Enuretikerkindern spielen Mädchen im allgemeinen häufiger mit dem Klo als Jungen. Sie drücken damit ihr Symptom wesentlich eher aus. Dies liegt zum Teil daran, daß die Mädchen vor allem im jüngeren Alter eher die Tendenz zeigen, mit dem Klo zu spielen als die Jungen.

1.3.2.1. Die Mädchen im Alter von 2 - 8 Jahren, die Enuretiker sind, spielen fast ausnahmslos mit dem Klo, während die Jungen dies nur zu 48 % tun.

1.3.2.2. Mädchen im Alter über 9 Jahre spielen immerhin noch zu 41,6 % mit dem Klo, während bei den Jungen die Anzahl auf 21,7 % zurückgeht.
Die scheint sich mit den Angaben von KÄCHELE zu überschneiden. Sie stellte bei den Vulgärlösungen "Baby oder Kind auf dem Klosett" bei den Jungen im Alter von 12 - 15 Jahren eine prozentuale Zunahme gegenüber den anderen Altersstufen fest, während sonst in den an deren Altersstufen bei den Jungen kaum diese Lösung verwendet wurd. Vergleicht man KÄCHELES Prozentzahlen

auf das statistische Ausgangsmaterial von 1034 Fällen bezogen, so kommt sie bei den Mädchen auf einen Mittelwert von 24 % in den Altersstufen 2 - 8 Jahre, während dem bei uns ein Wert von 83,3 % gegenübersteht; bei der höheren Altersstufe auf einen Mittelwert von 10 %, der dem unseren von 41,6 % gegenübersteht. Bei den Jungen errechnet sie einen Wert von 5,7 % in den Altersstufen 2 - 8 gegenüber unserem Wert von 48,1 % und einem Wert von 4,5 % in der Altersstufe 9 - 15, der unserem Wert von 21,7 % gegenübersteht.

Hieraus läßt sich der Schluß ableiten, der auch aus unseren Ergebnissen schon deutlich zu werden schien, daß die Klo-Verwendung nicht so sehr eine Frage des Alters und Geschlechts ist, sondern daß sich hier Altersstufe, Geschlecht und Krankheit als 3 Faktoren überschneiden. Des weiteren ist die Differenz der Zahlen KÄCHELES und unserer Zahlen dadurch zu erklären, daß wir die Kloverwendung insgesamt ausgewertet haben, statt nur eine Kombination zu untersuchen.

Wir gehen also nur in einem von 4 Fällen fehl, wenn wir das Auftauchen eines Klos als Hinweis für das Vorliegen einer Enuresis nehmen.

Wenn das Klo beim Scenotestspiel eines Mädchens auftaucht, sind 2 von 3 Annahmen richtig, daß es sich um ein Enuretikerkind handelt. Im Alter über 9 Jahre spielt jedes zweite Enuretikermädchen noch mit dem Klo. Von den Jungen ist es dagegen nur jeder 5.

1.3.2.3. Wir müssen also besonders bei den Scenotestspielen von Jungen andere zusätzliche Hinweise finden, die die Diagnose der Enuresis stützen.

1.3.3. Diskussion

Aus diesen Ergebnissen können wir folgende Schlüsse ziehen

1.3.3.1. Für die Hälfte der von uns untersuchten Enuretikerkinder scheint die Enuresis selbst als ein Problem angesehen zu werden, mit dem sie sich beschäftigen. Hierbei kann die Darstellung der Bettnäßproblematik zwei Theorien stützen:

1. Theorie: Ein Teil der Kinder erfährt die Enuresis als lustvoll, als Onanieäquivalent und beschäftigt sich in der Phantasie mit dieser Lust.

2. Theorie: Ein Teil der Kinder weist sozusagen auf seine Problematik hin, um durch dieses Problem eine Hinwendung der Eltern zu ihnen bzw. eine Beachtung zu erreichen, die ihr eigentliches Problem darstellt.

Welche dieser beiden Theorien als mögliche Erklärungsursache angenommen werden kann, hängt davon ab, wie stark z.B. die anderen beiden für Triebstärke bzw. Mutterproblematik im Scenotestspiel auftauchen.

1.3.3.2. Die andere Hälfte der Kinder verwendet das Klo in ihren Darstellungen nicht. Dies kann eine Stütze für das Vorliegen folgender Erklärungstheorien sein:

Das Problem Enuresis ist nicht das eigentliche Problem. Das eigentliche Problem ist eine Auseinandersetzung mit der Mutter oder den Eltern, die in aggressiver Weise ausgetragen wird. Diese "aggressive Enuresis" kann im Scenotestspiel durch andere Zeichen ersetzt sein und zeigt sich in Szenen, bei denen Aggression besonders stark im Vordergrund steht.

Bei den aggressiven Enuretikern können wir noch unterscheiden:

Das aggressiv gehemmte Kind. Hier ist die Enuresis das Symptom, durch das sich die Aggression ausdrückt. Im Scenotestspiel wird die aggressive Hemmung oft durch lauernde Tiere im Hintergrund, besonders durch das Krokodil dargestellt.

Das von Aggressionen überwältigte Kind. Hier ist die Enuresis nur als eine unter vielen Ausdrucksweisen der Aggression zu sehen. In diesen Fällen finden wir im Scenotestspiel das Krokodil oder den Ganter im Vordergrund oder aggressive Thematiken.

1.3.4. Das Nicht-Darstellen einer Enuresis kann auf einer Resignation und daraus erfolgten Regression beruhen. Dann wäre die Enuresis als Flucht in die Passivität zu verstehen, die eher durch andere Passivitätshinweise dargestellt werden kann oder sich in der Spärlichkeit der Szene ausdrückt.

1.3.5. Die Enuresis kann auch als Ausdruck eines Leistungsehrgeizes verstanden werden wie in dem Sinne, den größten Bogen raus zu haben.

Diese Leistungsproblematik als "sublimierte" und "kanalisierte" Aggression (Mitscherlich) kann sich im Scenotestspiel besonders leicht durch hohe Turmbauten in einer realen Form oder Allmachtsdarstellungen (Prinzessin) in einer gewünschten Phantasieform darstellen.

1.3.6. Die Enuresis entsteht durch verschiedene geschlechtsspezifische Ursachenbündel. Bei den Mädchen liegt eher Lust oder Appell an die Eltern zugrunde. Sie setzen sich wesentlich unbefangener mit ihrer Problematik in den Spielen auseinander und sie tragen ihre Konflikte nicht so sehr in direkten Konflikten mit der Umwelt aus wie die Jungen. So stellen die Jungen 2/3 des Patientengutes der Psychoanalytischen Beratungsstellen. Bei Enuretikerjungen ist die Enuresis eher Hinweis auf Aggression in direkter Form oder sublimierter Leistungsform bzw. Regression.

Auf die für diese Befunde einwirkenden soziologischen Faktoren der Rollendifferenzierung von Mann und Frau in unserer Gesellschaft und ihrer Definition als Leistungsgesellschaft kann nur hingewiesen werden.

2. Das Oralitätssyndrom

Vom Enuretiker wird angenommen, daß er in der primären Phase, in der intentionalen und oral-kannibalistischen Phase im affektiven Kontakt gestört sei. Darauf wiesen unsere Untersuchungen über die Mutter-Kind-Störung und das Trauma im ersten Lebensjahr recht deutlich hin. KEMPER nennt diese frühkindliche Störung eine Stigmatisierung und findet sie häufig bei Bettnässerkindern. Aus diesem Grunde hat er auch den Begriff der latenten Bettnässerstruktur geprägt, zu der er solche Kinder zählt, bei denen in einer späteren Phase nur eine sehr geringe Störung auslösendes Moment für das Bettnässen sein braucht. Aus diesem Grunde konnten wir vermuten, daß viele Enuretiker oralfixiert sind, d.h. die mütterliche Zuwendung, die sie in der oralen Phase u.a. in Form von Essen und Trinken erfahren, auch weiterhin im Leben fortsetzen wollen und besonders in primitiver Form auf Essen und Trinken fixiert sind.

Ob dies bei den Enuretikern stärker der Fall ist als bei den Nicht-Enuretikern, untersuchten wir in unserem zweiten Syndrom, das wir das Oralitätssyndrom nannten. Wir stellten dabei 5 unterschiedliche Faktoren auf, die unserer Meinung nach die orale Fixierung darstellen könnten.

Als erstes untersuchten wir Essensszenen. Wir nannten Essensszenen nur solche Szenen, bei denen Personen am Tisch sitzen bzw. ein Tisch gedeckt ist. Der zweite Faktor war das Trinkbedürfnis, das unserer Meinung nach durch die Verwendung von Bechern und Krügen angezeigt wird. Auch fressende Tiere können als Symbol für Oralität verstanden werden, allerdings dann nicht als das oral-passive Symbol, sondern eher als das oral-aggressive. Es gehört dem zweiten Teil der oralen Phase zu, in der Kind schon die ersten Angriffe auf die mütterliche Brust unternimmt uns sie sich einverleiben will. Dies könnte später durch fressende Tiere symbolisiert werden. Dabei bedeutet das Fressen ein Bekommen bzw. Habenwollen von Zuneigung ganz allgemein.

Die passive Seite dieser Oralität, das passive Bekommen, Empfangen, wird unserer Meinung nach durch Essenswünsche symbolisiert, z.B. dann, wenn dargestellt wird, daß ein Baby gefüttert wird, aber auch wenn eine Kuh gemolken wird. Dabei ist das Baby eher ein Hinweis auf die passive Seite der Oralität, während die Kuh auch eine Entsprechung zur oralen aggressiven Seite sein kann. Das Kind, das aktiv von der Mutter mehr Zuwendung haben möchte, könnte sich auch in diesem Symbol ausdrükken. Als neutrales Symbol nahmen wir auch noch viel Obst an, das zu Essenswünschen gehört, wobei aber nicht sicher ist, ob dies aktiv oder passiv zu verstehen ist, ob das Kind dieses Obst gefüttert bekommen möchte oder sich vom Tisch herunternehmen und es selbst essen möchte.

2.1. Essensszenen

Wir untersuchten zuerst die Anzahl von Essensszenen, die von Enuretikern und Nicht-Enuretikern in ihren Soenotestspielen aufgebaut wurden. Wir sahen dabei, daß 31 Enuretiker Essensszenen aufbauten, während dies nur 6 Nicht-Enuretiker taten. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 20,64 hoch signifikant. Es kann also nicht nur mit dem Zufall erklärt werden, daß Enuretiker so viele Essensszenen aufbauen.

Tabelle Nr. 30

Verwendung von Essensszenen

	verwendet	nicht	Summe
Enuretiker	31	49	80
Vergleichsgruppe	6	74	80

der Chi^2-Wert ist 20,64 auf dem 1 %o-Niveau.

Betrachten wir wieder die Verteilung nach männlich und weiblich, so sehen wir, daß 14 von 50 Jungen Essensszenen aufbauen und 17 von 30 Mädchen. Dieser Unterschied ist mit dem Chi^2-Wert von 6,546 auf dem 1 %-Niveau signifikant und zeigt also, daß Mädchen sehr viel häufiger Essensszenen aufbauen als Jungen.

Tabelle Nr. 31

Geschlechtsverteilung

	verwendet	nicht	Summe
Buben	14 (28 %)	36	50
Mädchen	17 (56,6 %)	13	30

Chi^2-Wert = 6,5 %, Niveau 1 %.

Bei der Altersverteilung sieht es so aus, daß im Alter von 2 - 8 Jahren 6 von 27 Jungen Essensszenen aufbauen, aber 11 von 18 Mädchen. Dieser Unterschied ist auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 32

Altersverteilung

	2-8 Jahre	9 - 15 Jahre	Su.
Jungen	6 (22 %) von 27	8 (35 %) von 23	50
Mädchen	11 (62 %) von 18	6 (50 %) von 12	30
	17 (38 %) von 45	14 (40 %) von 35	80

Der Chi^2-Wert ist 6,94

Beispiel: Die 8-jährige Brigitte leidet an einer Enuresis acquisita und Enkopresis. Sie ist das mittlere von drei Kindern einer Handwerksfamilie. Nachdem sie mit zwei Jahren trocken war, fing sie an, einzunässen und einzukoten, als das jüngere Brüderchen geboren war. In einer eindeutigen Eifersuchtsreaktion versuchte sie einmal, in das Bettchen hineinzuhauen und geriet so außer sich, daß sie in den Garten hinauslief, sich auf den Boden legte, weinte und schrie, sie wolle ihre Mutti alleine. In der Exploration ergaben sich heftige Todeswünsche gegen die Mutter; wenn Brigitte bei den Großeltern

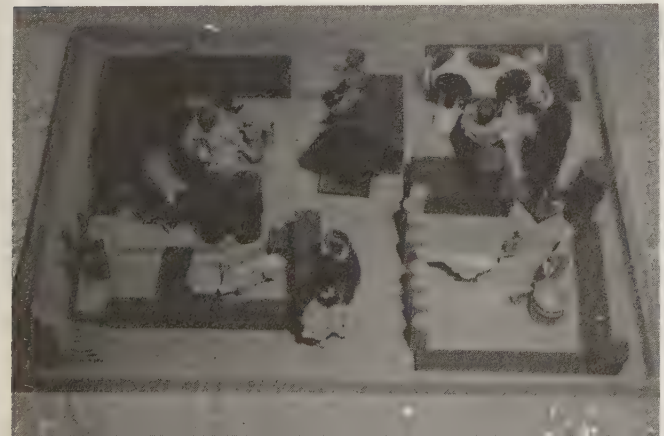
ist, fühlt sie sich wohl und dann sistiert das Nässen, vor allem deshalb, weil sie der uneingeschränkten Zuneigung sicher sein kann. Wenn sie nach Hause zurückkehrt, hat sie jedoch sofort wieder nasse Hosen.

Im Szenotestspiel erscheint die gleiche Problematik wieder: Die Großeltern sind auf Besuch. Oma hat uns Früchte mitgebracht. Alles dreht sich um den Tisch und eifersüchtig wacht Brigitte darüber, wer alles mitessen darf. Die Geschwister Walter und Gerti werden verbannt. "Mutter hat keinen Platz am Tisch, die kriegt nichts zu essen". Mit der Kombination Mutter mit Baby und Flasche auf dem Liegestuhl deuten sich ihre eigentlichen geheimen oral-regressiven Wünsche an.

2.2. Das Trinkbedürfnis - die Verwendung von Trinkgefäßen

Die 9-jährige Christa leidet trotz Trockenkost und regelmäßiger Darmmassagen immer noch unter ihrem nächtlichen Einnässen. Sie ist die älteste Tochter einer sozial gut gestellten Ingenieursfamilie. Die etwas ältliche Mutter hatte schon früh Schwierigkeiten dem Kind gerecht zu werden: Es weinte regelmäßig beim Aufwachen und im Alter von 7 Monaten mußte es mit einer Lungenentzündung ins Krankenhaus. In der kritischen Phase der Sauberkeitsgewöhnung erschien zudem noch ein Geschwister. Christa reagierte darauf naturgemäß mit heftiger Eifersucht. Der erziehungsunsicheren Mutter gelang es nicht, Christa zur Trockenheit zu erziehen.

Christa konnte kein Selbstbewußtsein entwickeln - die überfordernde Mutter hält die Kinder in starker Abhängigkeit - auf den Spielplatz durften die Kinder nie allein. Auf kleinste Mahnungen reagiert die Tochter mit Angst und Weinen. Der ehrgeizige Vater stellt der Tochter starke Leistungsanforderungen: Er gibt ihr Rechnungen auf. So weicht Christa in eine oral-regressive Haltung aus. Sie leidet zudem noch unter einer Adipositas und entwickelte eine ausgeprägte Angstneurose.



In der gespielten Szene kreist alles um das Trinken: Alle auftretenden Menschen und Tiere sind mit dem Trinken bzw. mit dem Essen beschäftigt oder erwarten es. Selbst die Schweine und die Hühner haben einen Topf mit Wasser. Vater und Mutter stehen in enger Beziehung zur Befriedigung der oralen Bedürfnisse wobei sich wieder die

starke Vater- und Mutterbindung ausdrückt: Die Mutter steht gebieterisch vor dem ersehnten Getränk: "Die Buben haben Durst und dürfen ehe der Vater nicht da ist, nicht trinken".

Die starke Unterteilung und die Umgrenzungen weisen auf die starken Absicherungstendenzen hin.

Zusammenfassend zeigt sich wieder die schlecht bewältigte orale Phase der frühen Kindheit, die in einer mißlungenen Sauberkeitserziehung mündet und mehr im Sinne einer oralen Fixierung und einer zwanghaften Angstabsicherung sich auswirkte.

Bei der Auszählung der Verwendung der Trinkgefäße fanden wir, daß 32 von 80 Enuretikern dieses Symbol verwendeten, im Gegensatz dazu nur 16 Kinder der Vergleichsgruppe. Die enge Verknüpfung mit dem Symptom bestätigte sich in einzelnen Spielen dadurch, daß Becher und Krüge ganz in die Nähe des Klos gestellt wurden.

Tabelle Nr. 33

Trinkgefäße werden	Enuretiker	Vergl.gruppe	Summe
verwendet	32	16	48
nicht verwendet	48	64	112
	80	80	160

Chi^2-Wert = 7,618, Niveau: 1 %.

Um einen genaueren Aufschluß über die Verwendung von Trinkgefäßen zu erhalten, zählten wir die Anzahl der Trinkgefäße pro Spiel aus und führten eine Mittelwertsberechnung durch. Dabei ergab sich, daß Enuretikerkinder pro Spiel 1,55 mal Trinkgefäße verwendeten, die Kinder der Vergleichsgruppe dagegen nur 0,76 mal. Bei der Prüfung der Mittelwerte mit Hilfe des t-Tests ergab sich ein t-Wert von 2,561, der auf dem 2-5 %-Niveau signifikant ist.

Tabelle Nr. 34

Verwendung von Trinkgefäßen

		Enuretiker				Vergleichsgr.		
	Punktwert	gespielt in Spielen				gespielt in Spielen		
Anzahl	(x)	(f_1)	Summe	(x^2)	($f_1 \cdot x^2$)	(f_1)	Summe	($f_1 \cdot x^2$)
- 1	1	4	4,0	1	4,00	3	3,0	3,00
2 - 3	2,5	8	20,0	6,25	50,00	5	12,5	31,25
4 - 5	4,5	15	67,5	20,25	303,75	4	18,0	81,00
6 - 7	6,5	5	32,5	42,25	211,25	4	27,0	109,00
		n =32	124,0		569,00	n =16	60,5	284,25

$M_1 = 124 : 32 = 3,87$

$M'_1 = 124 : 80 = 1,55$

$M_2 = 60,5 : 16 = 3,78$

$M'_2 = 60,5 : 80 = 0,756$

$$t = \frac{1{,}55 - 0{,}756}{\frac{4{,}710}{80} + \frac{2{,}994}{80}} \qquad s_1^2 = \frac{569}{80} - 1{,}55^2 = 4{,}710 \qquad s_2^2 = \frac{284{,}25}{80} - 0{,}76^2 = 2{,}994$$

$$t = \frac{}{} = \underline{\underline{2{,}561}}$$

Das starke Trinkbedürfnis bzw. die Betonung des Trinkens dürfte von dem Trinkverbot herzuleiten sein, das viele Eltern aussprechen. Es herrscht in weiten Teilen der Bevölkerung immer noch die Meinung vor, daß durch eine eingeschränkte Flüssigkeitszufuhr, vor allem in den Abendstunden, das Harnvolumen und die nächtliche Miktion beeinflußt werden könnten. Mehrere wissenschaftliche Arbeiten widerlegen diese Auffassung. Unsere Arbeit erweist, daß durch diese Erziehungsmaßnahme eine unnötige Fixierung des Oralen begründet wird, und so die Regression der Enuretiker auf eine frühkindliche Stufe verstärkt wird. Die Erziehung müßte vielmehr darauf abzielen, die Kinder von dieser Fixierung abzubringen, sie von dieser Bezogenheit auf die Befriedigung vitaler Funktionen zu lösen und die Sublimierung dieser Grundtriebe erzieherisch zu fördern.

2.3. "Fressende Tiere"

Beim Oralitätszeichen "fressende Tiere" fanden wir bei den Enuretikern 24 von 80 Verwendungen gegenüber 8 von 80 bei der Vergleichsgruppe. Dies ist die dreifache Anzahl von Enuretikern, die fressende Tiere in ihrem Spiel aufweisen.

Tabelle Nr. 35

"Fressende Tiere"

	Enuretiker	Vergleichsgruppe	Summe
werden verwendet	24	8	32
nicht verwendet	56	72	128
	80	80	160

Chi^2-Wert: 10,4, Niveau 1 %.

Bei der Altersverteilung zeigt sich, daß fressende Tiere häufiger bei Enuretikern im Alter über 9 Jahre verwendet werden.

Tabelle Nr. 36

Altersverteilung	2 - 8 Jahre	9 - 15 Jahre	Summe
fressende Tiere werden verwendet	9 (20 %)	15 (43 %)	24
nicht verwendet	36 (80 %)	20 (57 %)	56
	45 (100 %)	35 (100 %)	80

Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 4,9 auf dem 2-5 %-Niveau signifikant. Dies legt die Deutung nahe, daß es sich hier um Kinder handelt, bei denen die Enuresis als Waffe gegen sich selbst im Sinne einer Selbstbestrafung gerichtet ist, die eine Außenweltbestrafung nach sich zieht, oder einer Bestrafung der Umwelt, besonders der Mutter. Es würde weiterhin bedeuten, daß in den Altersstufen über 9 Jahre die aggressive Enuresis häufiger vorkommt, als unter diesem Alter.

2.4. Essenswünsche

Bei dem Anzeichen für Oralität Essenswünsche haben wir wesentlich mehr Hinweise bei den Enuretikern als bei den Nicht-Enuretikern. Es sind 14 Enuretiker gegenüber 3 Kindern der Vergleichsgruppe. Der Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 8 auf dem 1 %-Niveau sehr signifikant.

Tabelle Nr. 37

Essenswünsche

	Enuretiker	Vergl.gruppe	Summe
werden dargestellt	14	3	17
nicht dargestellt	66	77	143
	80	80	160

2.5. Verwendung von "viel Obst"

Ebenso steht es bei dem letzten Anzeichen der Oralität. Hierbei sind es 20 von 80 Enuretikern, die viel Obst auf die Tische oder sonst in die Gegend legen, gegenüber 8 Kindern der Vergleichsgruppe. Der Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 6,23 auf dem 2-5 %-Niveau signifikant.

2.6. Zusammenfassung

Mit der Hypothese, daß Enuretiker oral frustriert sind und nach stetem Ausgleich für ihre "Liebessehnsucht" suchen, haben wir ein Syndrom aufgestellt, das uns erlaubte, einzelne Elemente des Szenotestspiels von Enuretikern und Nicht-Enuretikern aus dem oralen Bereich näher zu untersuchen. Aus den Ergebnissen können wir schließen, daß unsere Hypothese zu Recht aufgestellt wurde. Hinsichtlich aller untersuchten Bestandteile des Syndroms "Oralität" konnten signifikante Unterschiede zur Vergleichsgruppe festgestellt werden.

Das Oralitätssyndrom setzt sich aus 5 Zeichen zusammen, die im Test spezifische Unterschiede ergaben. Wenn wir versuchen die Ergebnisse in eine Skala zu bringen, so müssen wir zwei Elemente berücksichtigen:

a) relativ häufiges Vorkommen bei den Enuretikern;
b) absolut häufiges Vorkommen bei den Nicht-Enuretikern.

Das ist deshalb so, weil eine größere Anzahl von 20 Enuretikern, die ein Merkmal verwenden, nicht so aussagekräftig ist, wenn die Anzahl der Nicht-Enuretiker auch hoch ist. Mit einem Verhältnis 70 : 50 kann nicht die Aussage gemacht werden, die bei einem Verhältnis 25 : 5 besteht. Unter Berücksichtigung dieses Grundsatzes ergibt sich folgende Reihenfolge, in der orale Anzeichen als Hinweis für eine Enuresis genommen werden können.

Das Oralitätssyndrom ergibt sich aus folgenden 5 Zeichen, die im Test signifikante Unterschiede zeigten:

Tabelle Nr. 38

	Verhältnis absolut		relativ	Chi^2	Niveau
Essensszenen	31 : 6	40 : 8	5,2	10,64	1 %
Essenswünsche	14 : 3	18 : 4	4,7	8,0	1 %
Fressende Tiere	24 : 8	30 :10	3,0	10,4	1 %
Viel Obst	20 : 8	25 :10	2,5	6,23	2 %
Trinkbedürfnis	31 :16	40 :20	2,0	7,64	1 %

Die beiden Anzeichen, die die größte Sicherheit liefern, allein wegen des Vorkommens von Oralitätszeichen auf Enuresis schließen zu können, sind die Darstellung von Essensszenen und Essenswünschen.

Wenn wir die Verhältnisse in Gewichten angeben, so können wir starke, schwache und leichte Fälle von Oralität aufschlüsseln. Wir verteilten für Essensszenen und Essenswünsche je 4 Punkte, fressende Tiere erhielten 3 Punkte, viel Obst und Trinkbedürfnis 2 Punkte. Wir erhielten dadurch für jedes Kind einen Kontrollwert, der zwischen 0 und 15 liegt und teilten in 3 Spalten auf:

0 Punkte = Fehlen von Oralitätszeichen
2- 7 Punkte = schwache Oralität
8-15 Punkte = starke Oralität.

Wir stellten dabei fest, daß 25 Enuretiker = 30 % kein Oralitätszeichen verwenden, von den Nicht-Enuretikern sind es 55 = 70 %, die keine Oralitätshinweise zeigen. Der Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 10 hoch signifikant. Enuretiker spielen also wesentlich häufiger orale Szenen als Nicht-Enuretiker. Wir fragten nun bei den verbleibenden Kindern, ob die Enuretiker, die orale Szenen spielen, sich von denen unterscheiden, die als Nicht-Enuretiker solche Zeichen verwenden. Wir teilten dann das Material in 2 - 4 Punkte (1 - 2 Oralitätszeichen) und 8 - 15 Punkte (3 und mehr Oralitätszeichen) auf. Der Unterschied ergab einen Chi^2-Wert von 7,61, der auf dem 1 %-Niveau signifikant ist. Von den Kindern, die orale Szenen spielen, verwenden die Enuretiker mehr gehäufte Hinweise auf (starke Oralität), während die Kinder der Vergleichsgruppe im Verhältnis öfter wenig Hinweise (= schwache Oralität) zeigen.

Anhand dieser Ergebnisse fertigten wir eine Skala an, wobei wir den einzelnen Oralitätszeichen ein Gewicht verliehen, das bestimmt war von zwei Voraussetzungen:

a) Geringes Vorkommen bei Nicht-Enuretikern und
b) hohes Vorkommen bei den Enuretikern.

Tabelle Nr. 39

Skala für Oralität	Enuretiker	Nicht-Enuretiker	Summe
0 Punkte = 0 Zeichen	25 (30 %)	55 (70 %)	80 (100 %)
2 - 7 " = 1-2 Zeichen	36 (46 %)	22 (28 %)	58
8 -15 " = 3-4 Zeichen	19 (24 %)	3 (4%)	22
	80 (100 %)	80 (100 %)	160

Als wir dann das Material noch weiter aufschlüsselten in 2 - 4 Punkte = schwach (1 Zeichen), 5 - 7 Punkte = mittel (2 Zeichen), ergab sich kein Unterschied mehr.

Wir können daraus folgende Schlußfolgerungen ziehen:

1) Enuretiker spielen wesentlich häufiger orale Szenen als Nicht-Enuretiker.

2) In den oralen Szenen beider Gruppen überwogen bei den Enuretikern die Hinweise auf starke Oralität, während bei den Nicht-Enuretikern häufiger wenige Oralitätszeichen auf schwache Oralität schließen lassen.

3) 25 Enuretiker zeigten keinen Hinweis auf Oralität gegenüber 55 Nicht-Enuretikern.

Wir können daher annehmen, daß nicht jede Enuresis das Ergebnis einer oralen Frustration ist, sondern daß bei über 30 % der Enuretiker die Enuresis anders zu erklären ist.

3. Das phallische Syndrom

Unter dem Begriff des "phallischen Syndroms" faßten wir mehrere Spielelemente des Scenotests zusammen, die in etwa einen Rückschluß auf die durchlaufenen Phasen des Freudschen Modells erlauben. So suchten wir die Äquivalente der phallischen Phase wie Machtausübung, Selbstdurchsetzung, körperliche und geistige Kraft- und Leistungsbeweise in den Elementen des Scenotests zu finden. Als Äquivalente, die sich eignen, sahen wir die Verwendung von Auto- und Eisenbahn an, die allgemeine Materialverwendung und die Rahmensprengung. Den Bau von Türmen und die Verwendung der Prinzessinnenfigur umschrieben wir als Ehrgeizsyndrom, die Verwendung der Schultafel und das Spielen von Schulszenen interpretierten wir als Leistungssyndrom. Auf die Überschneidung des Aggressionssyndroms mit dem "phallischen Syndrom" läßt sich an dieser Stelle nur hinweisen und es unterstreicht zusätzlich die Besonderheit der phallischen Phase für die Enuresis, vor allem, wenn man die urethrale Phase, wie im Freudschen Modell, einschließt.

3.1. Das Leistungssyndrom

Analysiert man die Enuresis näher, so liegt dieser primär eine Störung der bewußten Blasenbeherrschung zugrunde. Genauer noch, es liegt eine nur teilweise gelungene Blasenbeherrschung vor, die meist tagsüber oder bei bewußtem, durch die Mutter kontrollierten Vollzug gelingt. Nachts oder tagsüber bei fesselndem Spiel führt sie zum Symptom.

Die Forderung der bewußten Blasenbeherrschung wird an das Kleinkind als physiologischem Einnässer und Einkoter herangetragen. Die paradiesische Möglichkeit, sich in ungestörter Lustbefriedigung jederzeit gehen lassen zu können, verläßt es und muß lernen, den unbedingten Blasenreflex des Säuglings willkürlich zu steuern, so daß die Blasenentleerung zum bedingten Reflex wird, der sowohl dem Bewußtsein, wie auch dem Unbewußten ganz unterstellt ist. Die starke Beteiligung des Unbewußten an diesem Lernvorgang erklärt die Schwierigkeit und das relativ häufige Mißlingen. Lernt das Kind doch in dieser Zeit auch das Laufen, Sprechen und noch viele andere Fertigkeiten, was wesentlich unauffälliger und reibungsloser vor sich geht. Manche Statistiken sprechen von 10 - 12 % der Kinder, bei denen die Sauberkeitserziehung verspätet gelingt.

Durch das unsere Zivisilation bestimmende Sauberkeitsideal und unsere städtischen Wohnverhältnisse wird der Reinlichkeitserziehung immer mehr Beachtung geschenkt. Die Mütter widmen dem Sauberwerden ihrer Kinder ihre ganze Erziehungskraft und fühlen sich in ihrem sozialen Prestige bedroht, wenn das Kind nicht rechtzeitig trocken wird. Durch diese umweltsbedingte "Ausscheidungsfixierung" wird der Blasenerziehung eine weit größere Beachtung gezollt, als den angedeuteten anderen Lernvorgängen. Das Erlernen der Schließmuskelbeherrschung wird so vor allem beim Mißlingen durch die damit verbundene Fixierung zum Urmodell weiterer Lernvorgänge, wobei laufend durch die Erziehung bedingte Reflexe gesetzt werden, die eine Assoziation zwischen der Leistungsforderung "etwas machen zu müssen" und der Ausscheidungsfunktion hervorrufen.

Das Hin- und Herpendeln zwischen der bewußten und unbewußten Blasensteuerung stellt so ein Hin- und Herpendeln zwischen Leistungswilligkeit und -abwehr dar. Dazu paßt gut die Beobachtung, wie DÜHRSSEN schreibt, daß Enuretikerkinder dadurch gekennzeichnet sind, daß sie sich in einem Dauerzustand gespannter und leicht beunruhigter Leistungsbereitschaft befinden und daß sie dieser Leistungsbereitschaft dauernde Abwehrimpulse entgegensetzen. Der ängstliche, selbstunsichere, leistungsbemühte Enuretiker und der ausgesprochen phlegmatische Enuretiker stellen die beiden Typen dar, die den dauernd und immer vorhandenen Erlebniszwiespalt durch die Verschiebung nach der einen oder der anderen Richtung zu lösen versuchen.

Der Hinweis, daß bei gestörter Blasenfunktion ein Zwiespalt herrscht, der das Kind zwischen Leistungsbereitschaft einerseits und Leistungsverweigerung und Wunsch nach unverpflichtetem Entspanntsein andererseits hin- und herreißt, erklärt uns gut einige Ergebnisse, die wir wider Erwarten bei der Auswertung des Szenotests fanden.

1. Schultafel

Da wir viele Kinder in der Vergleichsgruppe hatten, die Schulschwierigkeiten haben, nahmen wir an, dies würde sich bei ihnen darin zeigen, daß sie vermehrt mit der Schultafel spielen und sie in der Mittelpunkt stellen. Zu unserer Überraschung war es umgekehrt. Nicht die leistungsschwachen Kinder, die Schulschwierigkeiten haben, beschäftigen sich mit dem Thema Schule oder Schultafel, sondern die Enuretiker. Tabelle 40 zeigt die qualitative Aufteilung des Themas "Schulproblematik".

Tabelle Nr. 40

Verwendung der Schultafel

	Enuretiker	Vergleichsgruppe
in der Szene "Schule"	4 x gespielt	
Kind sitzt am Tisch und macht Hausaufgaben	5 x gespielt	
Vater hält Tafel demonstativ	1 x gespielt	
Kind mit Tafel unterm Arm mit anderen Kindern auf dem Schulweg	1 x gespielt	
Kind auf Sessel mit Tafel auf den Knien und Polizist davor	2 x gespielt	
Tafel liegt beim Klosett	1 x gespielt	
Tafel betont indem sie auf zentralem Sessel liegt	1 x gespielt	
Tafel ohne besondere Kombinationen	4 x gespielt	4 x gespielt
	19 x gespielt	4 x gespielt

In 19 Szenotestgestaltungen der Enuretikerkinder tauchte die Schultafel auf. Bei den Nicht-Enuretikern geschah das nur in 4 Fällen. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 11,42 auf dem 1 ‰-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 41

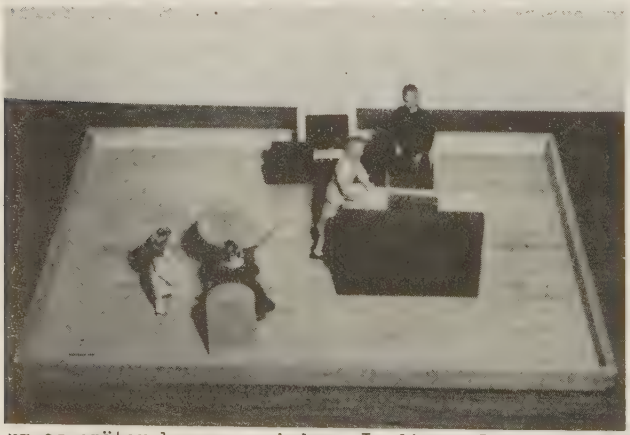
Verwendung der Schultafel

	Enuretiker	Vergleichsgr.
gespielt	19	4
nicht gespielt	61	76
	80	80

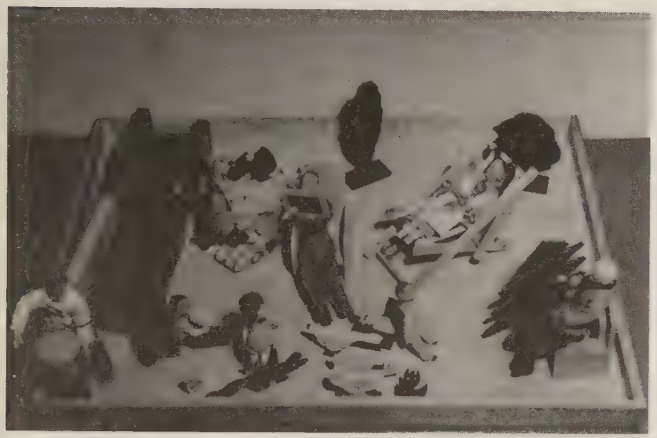
Diese Ergebnisse geben einen eindeutigen Hinweis darauf, wie sehr die Blasenfixierung übergegangen ist in eine Leistungsfixierung, die sich in das Ideal unserer Leistungsgesellschaft gut einfügt.

Beispiel 1: Karin, 11 Jahre

Bei Karin handelt es sich um ein im 11. Lebensjahr stehendes adoptiertes Einzelkind, das monatelang im Säuglingsheim untergebracht war. Da sie 2 Monate zu früh geboren wurde, gedieh sie von Anfang an nicht gut und wies jahrelang einen schweren körperlichen, psychischen und intellektuellen Entwicklungsrückstand auf. Dieser konnte durch die behutsame Aufzucht der Adoptivmutter zum großen Teil ausgeglichen werden. Aber selber mit großem Zärtlichkeitsbedürfnis belastet, konnte die Mutter ihrem Kind nicht die nötige Nestwärme bieten. Noch dazu ist sie darauf angewiesen durch eigene Arbeit das Einkommen aufzubessern und sieht sehr darauf, daß Karin in der Schule etwas leistet, um es später besser zu haben. In dieser Lebenssituation wurde Karin nachts nie trocken. In der Schule findet sie wenig Kontakt zu Mitschülern. Obwohl sie immer sehr still ist und sich nie meldet, ist sie immer eine gute Schülerin. In der 1. und 2. Klasse hatte sie eine sehr liebevolle Lehrerin, die auf Karin aufpaßte, daß ihr die Mitschüler nichts zuleide taten. Im Szenotest spielt sie am 1. Tag der großen Ferien eine Schulszene, schon jetzt in der ängstlichen Erwartung des ihr bevorstehenden Lehrers, den sie im kommenden Schuljahr bekommt. Ist die Schule doch ihr zweiter Lebensbereich, wo sie durch ihre Leistungen Anerkennung und Selbstbestätigung erfährt und so die nötige Lebenssicherheit gewinnt.



Beispiel 2: Christoph, 8,8 Jahre



Christoph war von Geburt an ein nervöses, ängstliches, leicht aufgeregtes Kind. Körperlich entwickelte er sich normal. Seine Sauberkeitserziehung wurde von beiden Eltern dressurmäßig "organisiert". Sie versuchten es "im Guten, wie im Bösen". Die Mutter hat ihn stundenlang abgehalten und sich sogar mit dem Mann darin abgewechselt. Christophs Vater stammt aus einer Zeitungsverlegerfamilie und vervollständigte unter schwierigen Bedingungen seine Ausbildung. Unter harter Arbeit baute er mit seiner Frau den eigenen ererbten Zeitungsverlag weiter auf, so daß die Mutter noch für eine längere Zeit mitarbeiten mußte. So wächst Christoph in einer sehr auf Leistung bedachten Umgebung heran.

Im Scenotest herrscht das väterliche Element stark vor. Gleich dreimal verwendet er die Vaterfigur. Ohne Kommentar verbannt er die GV-Figur auf das Klo. Ganz zentral auf dem Sessel, der wie ein Thron mitten in der Szene steht, sitzt der dadruch überhöhte Vater mit der Tafel demonstrativ in der Hand. Er schaut laut Kommentar gerade die Hausaufgaben an, "wie bei mir" fügt Christoph mit einem spitzbübischen Lächeln hinzu. Er geht zwar mit großem Eifer an die gestellten Aufgaben heran, stürzt sich förmlich auf den Scenokasten, kommentiert wortreich seine Tätigkeit, wirkt aber äußerst verkrampft und seine Leistungsspanne klingt sehr schnell ab. Die schlafenden Kinder auf der Decke und die Mutter auf dem Liegestuhl deuten die andere Seite seiner ambivalenten Haltung an: Seine Neigung zu regressiver Passivität und der spitzbübischen Reaktion auf die ihm gestellten Aufgaben.

Die Enuresis von Christoph dürfte somit als regressives Äquivalent einer Leistungsabwehr zu werten sein, die er auf Grund der überfordernden Haltung der Eltern einnimmt.

.2. Allgemeine Materialverwendung

Bei einem Vergleich der Materialverwendung zeigte sich, daß Enuretiker mit wesentlich mehr Personen, Tieren und Bausteinen umgehen, als die Kinder der Vergleichsgruppe, das heißt, daß sie insgesamt wesentlich mehr Szenen gestalten, mehr Kombinationen spielen, größere Häuser bauen, also mehr "leisten", als die Kinder der Vergleichsgruppe. Dies ist ein besonders beispielhafter Hinweis auf die "Leistungswilligkeit" des Enuretikerkindes.

Bei der Berechnung wandten wir den Mittelwertsvergleich von Mittelwertsdifferenzen mit Hilfe des T-Tests an. Bei dem Vergleich des verwendeten Materials gingen wir so vor, daß wir nicht die absolute Anzahl der Spielelemente zusammenzählten, sondern nach dem Schema von BIERMANN die Spiele nach Materialgruppen klassifizierten und danach die Mittelwerte berechneten. Bei den Enuretikern ergab sich ein Mittelwert von 44,219 Spielelementen und bei der Vergleichsgruppe ein Wert von 31,968 Elementen. Der t-Wert von 3,64 ist höchst signifikant auf den Niveau von $p = 0{,}00001$.

Allgemeine Materialverwendung

		E N U R E T I K E R				V E R G L E I C H S - Gruppe			
Material-gruppen	Punkt-wert	gespielt in Spielen	Punkte			gespielt in Spielen	Punkte		
	(x)		(f)	$(x-\bar{x})$	$(x-\bar{x})^2.f$		(f)	$(x-\bar{x})$	$(x-\bar{x})^2.f$
1 - 7	3,5	0 x	0	-40,7	0,00	2 x	7,0	-28,5	1624,5
7 - 17	12,5	12 x	150	-31,7	12.058,68	17 x	212,5	-19,5	6464,25
17 - 36	27	17 x	459	-17,2	5.029,28	33 x	891	- 5,0	825,00
37 - 50	43,5	31 x	1348,5	-09,7	15,19	22 x	957,0	+11,5	2909,50
51 - 100	75	18 x	1350	+30,8	17.075,52	5 x	375		9245,00
101 - 130	115	2 x	230	+70,8	10.025,28	1 x	115		6889,00
		80	3537,5		44.203,95	80	2557,5		27.957,25

$M_1 = 3537,5 : 80 = \underline{44,219}$ $M_2 = 2.557,5 : 80 = \underline{31,968}$

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n} + \frac{s_2^2}{n}}} \qquad t = \frac{44,2 - 32,0}{\sqrt{\frac{552,54}{80} + \frac{349,46}{80}}} = \frac{12,2}{3,35} = 3,64$$

3.2. Das Ehrgeizsyndrom

Nicht nur DÜHRSSEN stellte zwei Typen von Enuretikern dar. Auch MÜLLER fand zwei charakteristische Typen, die dem leistungsbemühten Enuretikerkind einerseits und dem phlegmatischen Typ andererseits entsprechen. Er beschrieb den selbstunsicheren, grüblerischen und weichen Typ, der sich unterscheidet vom überkompensierten Sportshelden mit aggressiven Tendenzen, der dadurch machtvoll seine männliche Potenz demonstriert. Genauso machtvoll wie kleine Jungen letztlich in der phallischen Phase sich in den sogenannten Urinierspielen beweisen, daß sie "den größten Bogen raus haben". So fand MÜLLER unter seinen Enuretikern, die erfolgreich ihre Fliegerkarriere abgeschlossen hatten, fast ausnahmslos militärisch besonders tüchtige Offiziere.

Wir faßten unter "Ehrgeizsyndrom" zwei besonders eindeutig auf die Problematik hinweisende Spielelemente zusammen: die Verwendung des Turms und der Prinzessin. Diese beiden Elemente sehen wir am ehesten als geeignet an, das Ehrgeizige-in-die-Höhe-Streben, die phallische Machtdemonstration darzustellen. Diese scheinbar nur das männliche Geschlecht betreffende Eigenschaft verkörpert beim weiblichen Geschlecht die Prinzessin. Geltungsdrang, Drang nach Anerkennung der äußeren Erscheinung, im Mittelpunkt stehen, werden durch diese Figur symbolisiert.

Nach FREUD sind das Hohe, das Aufragende, wie auch spitze Waffen und nicht zuletzt Türme als lange Objekte phallische Kennzeichen.

Der zweite Typ MÜLLERS und DÜHRSSENS nämlich der selbstunsichere, grüblerische und leistungsunwillige Typ läßt sich in diesem Kapitel nicht erfassen und kommt eher im Regressionssyndrom zur Darstellung.

3.2.1 T ü r m e

Mit der Erstreckung des Aufbaus in die Höhe wird eine dritte Dimension erschlossen. Einen negativen Akzent erhält diese dritte Dimension erst dann, wenn das Verhältnis zwischen Höhenstreckung und Basis nicht mehr im richtigen Verhältnis steht oder ein Turmbau die ganze Szene dominierend überragt. Im normalen Sprachgebrauch bildeten sich die Wendungen, daß einer "hoch hinaus", den andern "überragen" und "über ihm stehen" will. Wer oben, darüber steht, nimmt eine beherrschende Stellung ein.

KNEHR sieht den Turmbau als Kompensationsversuch. Das Kind, das über seine Möglichkeiten hinaus leisten soll, fühlt sich entsprechend klein und sucht in kompensierender Weise sich selbst zu übertreffen. Es ist dann eines der vielen kompensierenden, die im Scenotest Hochbauten errichten, meist Türme, unabhängig davon, ob sich ihr Streben nach oben unter dem Druck der Eltern vollzieht oder ob sie im Sinne des Überichs mit den auf sie gerichteten Erwartungen identifiziert sind, sich also aus unbewußten Tendenzen heraus selbst überfordern.

Vor allem der Enuretiker gerät auf Grund seines Symptoms in eine ausweglose Lage. Er kann der Forderung, trocken zu sein, nicht genügen. Die Eltern fallen bald in erzieherische Resignation, distanzieren sich nach BIERMANN emotional vom Bettnässerkind und nehmen es nicht mehr spontan an, wenn sie von ihm enttäuscht werden.

In unseren Fällen zeigte sich auch, daß es gar nicht der primär phallische Typ ist, der aggressiv und machtvoll sich durchzusetzen versteht, sondern daß das selbstunsichere, ängstliche Kind Türme errichtet. Diese Erfahrung weist darauf hin, daß die zwei Enuretikertypen nach DÜHRSSEN und MÜLLER nur Extremvarianten darstellen, die nach unserer Ansicht die beiden Pole sind, zwischen denen jeder Enuretiker beständig hin- und herschwankt.

3.2.1.1. Anzahl der verwendeten Türme

Die Enuretiker verwendeten insgesamt 22 Turmbauten, gegenüber 8 bei den Kindern der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied ist mit einem

Chi^2-Wert von 8,041 auf dem 1 %-Niveau signifikant. Dieses Ergebnis bestätigt eindrucksvoll die bisher in der Literatur nur geäußerte Vermutung, Enuretiker bevorzugen gehäuft die vertikale Spieltendenz.

Tabelle Nr. 42

Turmbauten

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Su
Türme werden gebaut	22	8	30
nicht gebaut	58	72	130
	80	80	160

3.2.1.2. Geschlechtsverteilung bei den Turmbauten

Von den 22 Enuretikern, die Türme bauten, sind in unserer Untersuchung 18 Jungen und 4 Mädchen. Wenn wir diese Zahlen im Verhältnis zur Gesamtzahl der männlichen und weiblichen Enuretiker betrachten, ergibt sich ein Chi^2-Wert von 4,81, der auf dem 5 - 2 %-Niveau signifikant ist.

Tabelle Nr. 43

Geschlechtsverteilung

	Jungen	Mädchen	Summe
Türme werden gebaut	18	4	22
nicht gebaut	32	26	58
	50	30	80

3.2.1.3. Aufragende Bauten und Türme

Wir können die Turmbauten auch nach einem anderen Kriterium vergleichen, nämlich nach der Frage, ob sie niedrig, mittelhoch oder sehr hoch sind. Dabei kamen wir auf eine höhere Anzahl hoher Bauten bei den Enuretikern und zwar deswegen, weil wir hierbei auch die kleinen Türme und mäßig hohen Bauten, von denen wir vorher nicht von reinen Turmbauten hatten sprechen können, um das Bild nicht zu verfälschen, mitrechnen. Wir haben eine Verteilung von 6 niedrigen, 15 mittelhohen und 10 sehr hohen Türmen bei den Enuretikern festgestellt. Bei der Vergleichsgruppe fanden wir 2 niedrige, 4 mittelhohe und 2 sehr hohe Türme.

Tabelle Nr. 44

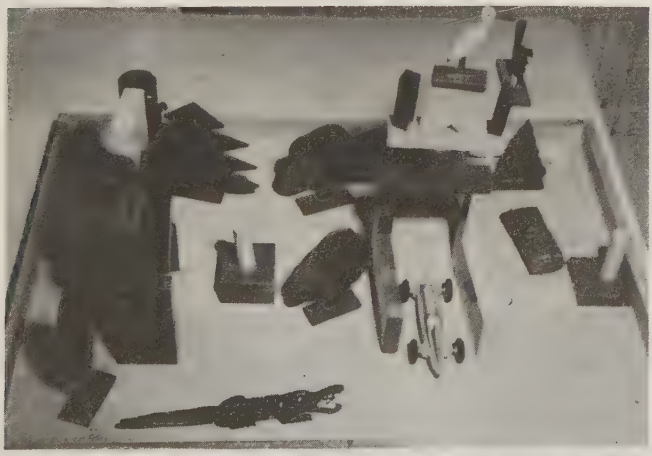
Charakteristik der Turmbauten und höheren Häuser
(vertikale Spieltendenz)

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
keine Verwendung	49	72	121
mäßig hoch	6	2	8
mittelhoch	15	4	19
sehr hoch	10	2	12
	80	80	160

Wenn wir die vorangehende Tabelle als 4_2x 2-Feldertafel auffassen, so erhalten wir bei der Berechnung des Chi^2-Wertes 18,072. Dieser Wert ist auf dem 1 %-Niveau für 3 x 1 = 3 Freiheitsgrade signifikant. Wir können daher sagen, daß Enuretikerkinder in ihren Scenotestspielen wesentlich häufiger Türme und höhere Bauten verwenden als die Kinder der Vergleichsgruppe und außerdem, daß die vertikale Tendenz in durchgehendem Maße bei 31 Kindern zum Zuge kommt, im Gegensatz zu 8 Kindern bei der Vergleichsgruppe.

Beispiel: Karl Heinz, 6 Jahre

Die Mutter des 6-jährigen Karl Heinz bekam ihren Sohn nicht zur rechten Zeit trocken. Sie windelt den Jungen noch und weckt ihn nachts regelmäßig. Es handelt sich um einen Buben, der unter Eltern mit einer eigenen, nicht bewältigten Lebensproblematik, einer schweren Kindheit des Vaters und der Mutter, erzieherisch unter einem starken Über-Ich-Druck (Leistungsforderung steht, früh überfordert keine altersadäquaten sozialen Leistungen vollbringen kann und sich deshalb in infantile Bereiche eines noch magisch geprägten Denkens und Empfindens zurückzieht.



Im Scenotest verwendet Karl Heinz nur wenig Material, baut keine zusammenhängenden Szenen, keine dynamischen Prozesse. Kommentarlos errichtet er zwei sehr hohe Türme mit einem Tor, durch das ein Auto hindurchfährt und die sehr wackelig aufgebaut sind. Zwei weitere kleine Türmchen deuten ebenfalls auf die starke, alles beherrschende Aufwärtstendenz hin.

3.2.2. Die Prinzessin

Wie wir gesehen haben, spielen Knaben wesentlich häufiger mit dem Turm als Mädchen. Diese Tatsache läuft jedoch nicht der Phasenlehre zuwider und heißt auch nicht, daß Mädchen keine phallische Phase durchlaufen. Nach FREUD unterscheidet sich das Mädchen in der frühkindlichen Sexualität nicht vom Jungen. HORNEY und ADLER sehen auch in späteren Phasen keinen entscheidenden psychologischen Unterschied zwischen Mann und Frau. Jeder Unterschied sei kultureller Prägung und damit relativ.

In unserem Kulturkreis übernimmt das Mädchen nicht die Rolle des Jungen, der seine körperliche Kraft entdeckend in Demonstrierakten seine neu erworbenen motorischen Fähigkeiten zur Schau stellt oder sich sonst in aggressiver Weise bemerkbar macht. Mädchen setzen ihrer weiblichen Rolle entsprechend mehr ihre äußere Erscheinung ein, ihr hübsches Aussehen. Durch grazile, gezierte Bewegungen statt durch machtvolle Kraftdemonstrationen verschaffen sie sich Anerkennung und Bewunderung. Die Figur der Prinzessin bietet sich da geradezu an, als das in seinem festlichen Kleid über den Alltag hinausgehobene Mädchen, das als Königin, als Geburtstagskind, als Braut oder als Tänzerin angesprochen wird und damit als die Gefeierte, die Begehrte im Mittelpunkt der Bewunderung steht.

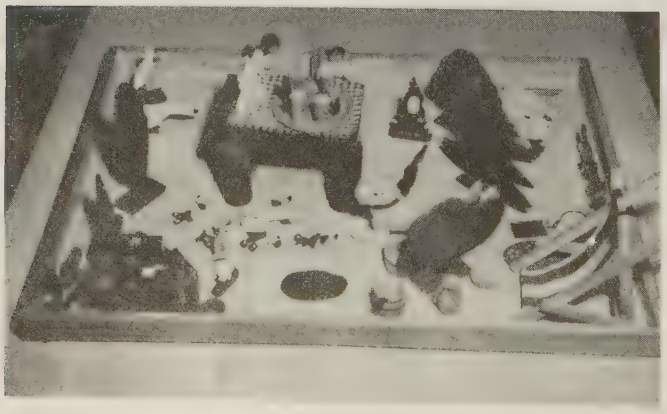
In unseren Scenotestgestaltungen spielten 28 Enuretikerkinder mit der Prinzessin. Bei der Vergleichsgruppe waren es nur 13 Kinder. Dieser Unterschied ist mit einem Chi²-Wert von 7,36 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 45

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Prinzessin wird verwendet	28	13	41
nicht verwendet	52	67	99
	80	80	160

Beispiel: Vasiliki, 5,11 Jahre

Kiki baut im Scenotestspiel die Szene "König und Königin im Schloß" auf. Sie ist das Kind griechischer Eltern, die sich in Deutschland eine neue Existenz aufbauten und ihre Tochter erst im Alter von 3 Jahren zu sich holten. Bis dahin pflegte die GM vom 8. Lebensmonat an das Kind. Wochentags wird Kiki in einem Kinderheim versorgt und nur



zum Wochenende darf es heim. Kiki gewöhnte sich schlecht ein und begann seither wieder einzunässen. Auf Betreiben der Eltern erhält sie in einem Ballettinstitut Unterricht. Auf Grund dieses Vorzugs, ihrer südländischen Herkunft wegen und ihres Temperamentes, versteht sie es, sich in den Mittelpunkt zu spielen. Ihr starkes Geltungsbedürfnis und die narzißtische Eitelkeit scheinen Kompensationen und Ersatz für eine tiefe Kränkung in dem Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit zu sein, trotz der äußeren Verwöhnung, die das Kind erfährt.

Während des Spiels erzählt sie ganz stolz, daß sie schon mal mit einem Ballettkleid photographiert worden sei. Als sie zusammen mit ihrem Bauwerk am Ende des Spielsphotographiert wird, macht sie ein anderes Gesicht und lächelt geziert. Die Spielszene spielt sich in der magischen Welt des Märchens ab. Das Kind ist sich bei Vielem, was es sagt, nicht bewußt, ob es die Realität oder die Märchenwelt meint. Typischerweise beginnt sie sofort, mit der Prinzessin zu spielen, baut dann König und Königin im Schloß auf, wobei es ihr gleich ist, daß es ihr nicht gelingt aus Bausteinen zumindest ein Schloß anzudeuten und so auch das Klo zum Thron für den König wird. Das Fehlen sonstiger menschlicher Figuren deutet ihre innere Verlassenheit an. Das ausgesetzte Baby und die typische "Hänsel- und Gretel"-Situation geben ein beredtes Zeugnis von der Kehrseite der Prinzessinnensituation.

3.2.2.1. Geschlechtsspezifische Verteilung

Unsere Vermutung hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Bevorzugung der Prinzessinnenfigur bestätigt sich. Von den 28 Enuretikerkindern, die in ihr Scenotestspiel die Prinzessin einbauen, sind 8 Jungen und 20 Mädchen. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 21,12 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 46

Verwendung der Prinzessin

	Enuretiker		
	Buben	Mädchen	Summe
Prinzessin wird verwendet	8	20	28
nicht verwendet	42	10	52
Gesamt	50	30	80

3.3. Verwendung von Auto und Eisenbahn

Bei der systematischen Durchmusterung der ausgezählten Spielkriterien fanden wir, daß die Enuretiker häufiger mit Auto und Eisenbahn spielen, und daß sie diese vor allem auch pro Spiel öfters verwenden, als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Dieses Ergebnis weist ebenfalls auf die starke Leistungsbereitschaft der Enuretiker hin. Vielleicht läßt es sich auch im Hinblick auf die phallische Phase als phallisches Symbol deuten, entsprechend der Neigung der Enuretiker Aktivität, Macht zu demonstrieren in dem Sinne, den größten Bogen raus zu haben.

Um einen ungefähren Überblick über die Häufigkeit von Auto und Eisenbahn zu bekommen, teilten wir diese Verwendung von "motorischen Spielelementen" ein in zwei Gruppen, der Verwendung von 1 Fahrzeug und der Verwendung von 2 und mehr Fahrzeugen.

Tabelle Nr. 47

Verwendung von Auto und Eisenbahn

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
1 Fahrzeug	14	14	28
2 und mehr Fahrzeuge	34	18	52
Fahrzeugverwendung insges.	48	32	80
keine Fahrzeuge verwendet	32	48	80
	80	80	160

Insgesamt verwendeten die Enuretiker in 48 Spielen motorische Spielelemente, die Kinder der Vergleichsgruppe diese in 32 Spielen. Der Unterschied ist auf einem Niveau von fast 1 % mit einem Chi^2-Wert von 6,4 sehr signifikant.

Bei der genaueren Untergliederung fanden wir den Unterschied darin begründet, daß die Enuretiker 34 mal 2 und mehr Fahrzeuge verwendeten, im Gegensatz zu den 18 Kindern der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 7,29 auf dem 1 %o-Niveau hoch signifikant und zeigt, daß die Enuretiker, wenn sie schon mit Fahrzeugen spielen, gleich besonders viele nehmen, was die allgemeine Tendenz der Enuretiker bestätigt, immer besonders viel leisten und zeigen zu wollen.

3.3.1. Geschlechtsspezifische Verwendung

Wie erwartet zeigte sich, daß Knaben wesentlich häufiger mit Autos oder mit der Eisenbahn spielen als Mädchen. Der Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 8,0 auf dem 1 %-Niveau hoch signifikant.

Tabelle Nr. 48

	Enuretiker		
	Buben	Mädchen	Summe
Fahrzeug wird verwendet	36	12	48
wird nicht verwendet	14	18	32
Buben : Mädchen	50 :	30	80

3.4. Rahmensprengung

In diesem Zusammenhang betrachteten wir auch das Symptom der Rahmensprengung. VON STAABS hat diese als Ausdruck eines asozialen Verhaltens des Spielers bewertet. BIERMANN stellt in seiner Studie über Szenotestuntersuchungen an kindlichen, jugendlichen Dieben die Grenzenlosigkeit des Spiels, die Rahmensprengung, als ein charakteristisches Spielverhalten manifester oder latenter Verwahrlosung dar.

a) Bei kleinen Kindern:
Dabei ist zu beachten, daß das Kleinkind erst langsam ein Raumgefühl entwickelt und zwar, wenn es sich von seiner Mutter loslöst und dabei zuerst einmal starke Schwierigkeiten hat, sich nun die neuen Grenzen selbst zu setzen, in die der Erwachsene es zwar einweist, aber dessen Bestimmtheit das Kleinkind erst erfahren muß. Rahmensprengungen kommen deshalb bei kleinen Kindern sehr häufig vor.

b) Aggressive Ordnungsmißachtung:

Sie kommen später bei Kindern vor, die Ordnungen aggressiv überschreiten möchten.

c) Bei gestörter Erlebnisphäre:
Die gestörte Erlebnisphäre in der Auseinandersetzung zwischen Ich und Umwelt kann ebenfalls eine Ursache für eine Rahmensprengung sein. Diese gestörte Erlebnissphäre findet sich beim Schizophrenen vor. Bei ihm fließen "Ich" und "Nicht-Ich", Innenwelt und Außenwelt häufig zusammen. Dieses Phänomen kann der Schizophrene beim Scenotestspiel darin äußern, daß er über den Rand des Deckels des Scenokastens hinaus spielt, der als normale Begrenzung von den Kindern angenommen wird. Dies zeigt BIERMANN bei seiner Arbeit "Das Scenotestspiel der Schizophrenen".

d) Lebensfülle des Kindes

Es kann auch sein, daß eine empfundene Lebensfülle das Kind daran hindert, sich an die Grenzen zu halten, weil seine Vitalität zu groß ist. Die Raumüberschreitung findet sich bei kontaktgestörten Neurotikern ebenso wie bei aggressiven Asozialen und Schizophrenen.

In unseren Untersuchungen trat bei den Enuretikern die Rahmensprengung 14 mal auf, im Gegensatz zu 5 mal bei den Nicht-Enuretikern. Der Chi^2-Wert von 4,774 ist auf dem 5 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 49

	Enuretiker	Vergleichsgru.
Rahmensprengung gespielt	14	5
nicht gespielt	66	75
	80	80

Wenn wir noch angedeutete Rahmensprengung dazu rechnen, haben wir 22 Enuretiker, die Rahmensprengung andeuten oder über den Rand hinausspielen. Dieses Phänomen tritt nur bei einem Kind der Vergleichsgruppe auf. Für diesen Unterschied erhielten wir einen Chi^2-Wert von 11,09. Er ist auf dem 1 ‰-Niveau signifikant. Das heißt also, daß Enuretiker häufiger Rahmensprengungen andeuten oder spielen als die Kinder der Vergleichsgruppe. Bei den Enuretikern sind es 27 %, während es bei den Nicht-Enuretikern nur 7,5 % sind.

Tabelle Nr. 50

	Enuretiker	Vergleichsgr.
gespielt	14	5
angedeutet	+ 8 22	+ 1 6
nicht gespielt	58	74
Summe	80	80

Wir können annehmen, daß auch einige unserer Enuretiker in der Gefahr der Verwahrlosung stehen. Dies wird ja auch durch die Arbeit von QUINDT nahegelegt. Er zitiert KEMPER, der 1949 beobachtete, daß bei einigen Bettnässern die Phasen des Bettnässens mit anderen Phasen, in denen die Kinder grobe Stehlereien begingen, abwechselten. Auch SCHWIDDER berichtete 1951, daß er in verschiedenen Fällen nach einer spontanen Besserung des Einnässens das Auftreten von Verwahrlosungssymptomen in Form von Stehlen, Lügen und Weglaufen beobachtet hat.

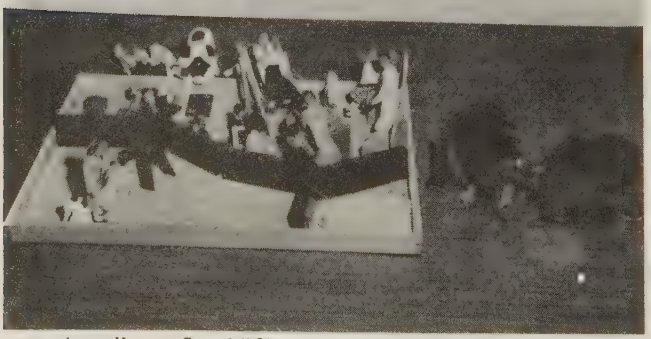
QUINDT untersuchte 70 primär erkrankte Patienten, die alle in der Kindheit an Enuresis acquisita und permanens gelitten hatten, die aber während irgendeiner Zeit spontan ohne therapeutische Einwirkung verschwand. Er stellte 2 Altersstufen heraus, in denen diese Spontanheilung erfolgt war. Die erste Altersstufe liegt zur Zeit des Schulbeginns, die andere zur Zeit der Schulentlassung.

QUINDT faßt seine Ergebnisse so zusammen: Bei den Patienten, die die Enuresis verloren, waren zwei Verläufe maßgebend. Die eine Gruppe erhielt durch eine neue Umwelt, die Schule, teilweise eine Ersatzbefriedigung der verdrängten bisher in der Enuresis verborgenen Antriebserlebnisse. Bei der anderen Gruppe kam es zu einer Verfestigung der neurotischen Charakterstruktur, wodurch ebenfalls die Enuresis aufhörte. Diese letzte Erklärung steht in Beziehung zu der Auffassung der Tiefenpsychologie, daß es entweder einen neurotischen Charakter mit Symptomen gibt, oder eine neurotische Charakterstruktur ohne Symptome. Symptome ohne einen neurotischen Charakter treten allerdings nicht auf.

Auch bei uns könnten einige der Fälle von Kindern, die die Rahmensprengung hatten, zu dieser Gruppe gehören, die später in der Gefahr stehen zu verwahrlosen.

Beispiel: Hans, 12 Jahre

Der 12-jährige Hans leidet noch immer an seiner Enuresis diurna. Er wächst als Einzelkind in einem Gastwirtschaftsmilieu heran. Eine starke psychomotorische Unruhe, eine Jactatio beim Schlaf und häufiges Lügen sind weitere Zeichen seiner neurotisch geprägten Grundhaltung und Entwicklung. Die erziehungsunsichere, zu impulsiv unüberlegten Handlungen neigende Mutter schwankte beständig zwischen extremer Verwöhnung und Strafe in der Führung des Jungen, während der unsichtbare, vom Beruf überforderte Vater erzieherisch überhaupt nicht in Erscheinung trat. Infolge ihrer wirtschaftlichen Notlage sind die Eltern gezwungen, das Kind und seine Erziehung zugunsten ihres Geschäftes zu vernachlässigen. So verwöhnten sie den Jungen bis zum Schulalter mit einer täglichen Flaschenmahlzeit, um ihn kurzfristig zufriedenzustellen, so daß er in Tagträumen und Verspieltsein



eine stark regressive Grundhaltung einnahm. Im Scenospiel baute Hans etwas hastig, impulsiv, mit so viel Material, daß die Fläche des Spielkastendeckels nicht ausreicht und bittet den VL auch außerhalb des Rahmens den Wald und Tiere stellen zu dürfen. Dorthin verbannt er die böse Kuh, die dem Nachbarn das Gras wegfrißt, daneben die beiden Schweine, die das Nässen als asoziales Verhalten symbolisieren. Die Figuren sind ziemlich beziehungslos nebeneinander gestellt und die Szenen weisen untereinander wenig Zusammenhang auf und deuten so auf das mangelhafte Ordnungserleben hin, das Hans im Milieu der Gastwirtschaft vorfindet. Insgesamt zeichnet sich das Bild eines verwöhnt - verwahrlosten Jungen ab, dessen Tagträumen das Äquivalent dieser Haltung darstellt.

4. Das Regressionssyndrom

4.1. Einleitung

Das sogenannte Regressions- bzw. Passivitätssyndrom geht von der Hypothese aus, daß Enuretiker als Kinder verstanden werden können, die sich in eine Zeit zurücksehnen, in der sie einmal glücklich waren,oder in eine solche Zeit, die für sie zu wenig glücklich war, und die sie nun ständig nacherleben wollen. Es handelt sich um die Säuglingszeit, in der sie nur wenig Einschränkungen erfuhren, in der sie ganz der Befriedigung ihrer Bedürfnisse leben konnten, wo sie sich in jeder Hinsicht ganz gehen lassen konnten.

Wenn die Umweltbedingungen sie zu sehr frustrierten, kehrten sie in ihrem Erleben und Verhalten auf eine frühere Stufe zurück. Wenn diese Hypothese auf die Enuretiker zutrifft, müßten sie neben der Enuresis noch andere klein-kindliche Erlebens- oder/und Verhaltensweisen zeigen. Das Beherrschen der Blasenfunktion wird heute zu den Ichfunktionen gerechnet oder zur Trieborganisation im weiteren Sinne. Bei einer Regression ist aber auch die Trieborganisation im engeren Sinne mitbetroffen. Deswegen nannten wir dieses Syndrom auch Regressions- oder Passivitätssyndrom, weil bei einer Regression häufig ein Zurückfallen in die passive Phase, in das Umsorgtwerden, in das Verwöhntwerden im Gesamtsinn des Wortes eintritt. Die Enuresis ist nur ein besonders auffälliges Symptom, das dem Betrachter und den beteiligten und betroffenen Eltern mehr auffällt, weil sie es stärker beachten,als dieses Zurückgleiten in eine frühere Persönlichkeitsstufe. Der Enuretiker hat die Möglichkeit, sich dadurch mehr mitzuteilen,als durch die sonstigen Anzeichen.

Im Scenotest allerdings vermag das Kind neben den Enuresishinweisen auch seine Regressionswünsche und seine Passivität auszudrücken. Wir stellten vier Möglichkeiten fest, in denen sich eine Regression ausdrücken kann.

Die erste Möglichkeit ist die Linksausrichtung der Szene, von der schon KNEHR und auch VON STAABS berichtet hatten. Der zweite Fall sind magische kleinkindhafte Vorstellungen, zu denen die Verwendung von Zwerg, Engel oder vielleicht des Hündchens zu rechnen ist. Das dritte Kennzeichen wäre die Benutzung der Baby-Figur. Als letztes Kennzeichen sehen wir den Aufbau von Schlaf- oder Sitzszenen, die eher einen passiven Charakter aufweisen.

4.2. Linksausrichtung der Szenen

Betrachten wir das erste formale Element rein zahlenmäßig, so finden wir bei den Enuretikern 48 Spiele, die eine Linksausrichtung aufweisen. Bei den Nicht-Enuretikern geschieht dies nur in 20 Fällen. Der Chi^2-Wert von 20,05, der sich für diesen Unterschied er-

gibt, ist auf dem 1 ‰-Niveau hoch signifikant, d.h. in diesem Fall, daß Enuretiker eher dazu tendieren, ihre Szenen nach links auszurichten als dies Kinder der Kontrollgruppe tun.

Tabelle Nr. 51

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Linksausrichtung zeigen	48	20	68
zeigen nicht	32	60	92
	80	80	160

4.3. Magische Vorstellungen

Bei den magischen kleinkindhaften Vorstellungen beachteten wir zuerst einmal die Verwendung des Engels.

Tabelle Nr. 52

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Engel auf Dach, hoher Säule, Mauer	6	2	8
Engel zentral im Vordergrund	6	4	10
Engel im Hintergrund	4	3	7
Engel mit Kinderfiguren	3	2	5
Engel mit Mutter und Liegestuhl	1	1	2
Engel auf Tisch	1	-	1
Engel und Arzt	1	-	1
Engel und Kuh	1	-	1
Engel und Klo	1	-	1
	24	12	36

4.3.1. Quantitative Häufigkeit des Engels

Wenn wir uns die Aufstellung in Tabelle Nr. 52 ansehen, fällt uns zuerst einmal die häufigere Verwendung des Engels bei den Enuretikern auf. 24 Enuretiker verwenden in ihrem Spiel einen Engel, während dies nur 12 Nicht-Enuretiker tun. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 5,161 signifikant. Die Verwendung des Engels im Scenotestspiel scheint also nicht unabhängig von der Krankheitsform zu sein.

Tabelle Nr. 53

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Engel verwendet	24	12	36
nicht verwendet	56	48	104
	80	80	160

4.3.2. Qualitative Unterschiede

Interessant sind auch die Szenen, die mit Engeln gespielt werden, von ihrem Inhalt her. In den Spielen der Enuretiker werden die Engelsfiguren mehr in ihrer schützenden Funktion verwendet. Der Engel auf dem Dach oder auf der Säule, der Engel auf dem Tisch, der Engel mit dem Klo und der Engel, der die Kinder auf dem Schulweg begleitet: Alle diese Inhalte weisen auf diese Betonung hin, zumal bei den Nicht-Enuretikern nur 2 mal der Engel auf dem Dach erscheint (6 mal bei den Enuretikern), während die anderen Inhalte ganz fehlen.

4.3.3. Erklärung

Die häufigere Verwendung des Engels in den Scenotestspielen von Enuretikern deutet darauf hin, daß sich diese Kinder zurücksehnen in eine Zeit, in der sie sich ganz unter dem Schutz des Elternhauses bewegen konnten. Diese Zeit ist vorbei. Die Realität ist an die Kinder herangetreten, in der es um ihre Selbstbehauptung geht. Doch vermögen sie diese nicht zu leisten, weil sie zu stark an der Sicherheit der frühesten Kindheit festgehalten wurden oder weil sie diese Sicherheit nie erfahren haben. Die Kinder fallen auf eine magische Phase zurück, in der sie diesen Wunsch nach Sicherheit mit der Hilfe von Übermächten wieder herstellen können.

4.4. Verwendung des Babys

Das Zeichen "Baby" fanden wir in mehreren Kombinationen vor. Wir unterschieden Baby alleine, Baby mit Flasche, Baby mit Fell bzw. Liegestuhl, Baby und Kind, Baby und Fell oder Fell und Baby in umbauter Stellung. In Tabelle Nr. 54 haben wir die Aufteilung mit qualitativen Hinweisen wiedergegeben.

Tabelle Nr. 54

Verwendung des Babys

	Enuretiker	Vergleichsgru.	Summe
Baby wird verwendet	41	18	59
nicht verwendet	39	62	101
	80	80	160

Rechnen wir alle Punkte zusammen, so haben wir 41 Fälle bei den Enuretikern, bei denen das Baby Verwendung findet, gegenüber 18 in der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied ist mit 14,21 auf dem 1 ‰-Niveau sehr signifikant.

4.4.1. Baby mit Liegestuhl

Da einzelne Autoren wie zum Beispiel KNEHR und auch VON STAABS berichten, daß das Baby im Liegestuhl bzw. auf dem Fell sehr häufig bei Scenotestspielen von Enuretikern vorkäme, untersuchten wir diesen Punkt besonders.

Wir fanden dabei bei den Scenotestspielen der Enuretiker 16 Kinder, die ein Baby in einen Liegestuhl legen, entweder allein oder es von Personen der Familie umgeben. Bei den Nicht-Enuretikern sind es nur 7 Kinder, die das Baby so verwenden.

Tabelle Nr. 55

Baby auf Liegestuhl

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
wird verwendet	16	7	23
nicht verwendet	64	73	137
	80	80	160

Der Chi^2-Wert von 4,1, den wir für den Unterschied erhielten, ist nur leicht signifikant und weist darauf hin, daß Kinder sehr gern mit dem Baby spielen, die Kinder die bettnässen jedoch ganz besonders davon fasziniert zu sein scheinen.

4.4.2. Baby auf Fell

In unseren Scenotestspielen fanden wir das Baby insgesamt nur 8 mal auf ein Fell gebettet, 5 mal bei Enuretikern und 3 mal bei Nicht-Enuretikern.

Hiermit können wir KNEHRS und VON STAABS Annahmen, Enuretiker spielten sehr häufig mit dem Baby auf dem Fell oder Liegestuhl nur für die Kombination Baby/Liegestuhl zustimmen.

4.4.3. Baby und Mutter

16 mal befassen sich in den Scenotestgestaltungen die Mütter mit dem Baby, während dies bei den Nicht-Enuretikern nur 8 mal der Fall ist. Auch dieser Unterschied ist nicht signifikant.

4.4.4. Baby allein

Daß das Baby ein Regressionszeichen ist, sehen wir am ehesten, wenn wir überlegen, daß in den Scenotest-Gestaltungen auch Babys allein oder abseits hingelegt werden. In unserer Untersuchung kommt das Baby 18 mal allein, ohne Person in seiner Nähe vor. Bei der Vergleichsgruppe finden wir es nur 5 mal vor. 3 mal wird das Baby allein sogar noch besonders mit Bausteinen umbaut.

Tabelle Nr. 56

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Baby allein verwendet	18	5	23
nicht verwendet	62	75	137
	80	80	160

Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 8,4 auf dem 1 %-Niveau signifikant. Das Baby kommt also wesentlich häufiger allein in den Scenotestgestaltungen von Enuretikern vor.

4.4.5. Geschlechtsspezifische Verwendung des Babys

Wie zu erwarten war, spielen Mädchen wesentlich häufiger mit dem Baby als Jungen. Es kommt in den Spielen der Mädchen 25 mal vor, nur 5 Mädchen verwenden das Baby nicht, das entspricht 83 %. Von 50 Jungen hingegen verwenden nur 17 das Baby, was einem Prozentsatz von nur 34 % entspricht. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 18,4 signifikant.

Tabelle Nr. 57

Geschlechtsverteilung

	Buben	Mädchen	Summe
Baby wird verwendet	17	25	42
nicht verwendet	33	5	38
	50	30	80

Daß Mädchen mehr mit dem Baby spielen, dürfte eine geschlechtsspezifische Eigentümlichkeit sein. Es hieße allerdings in unserem Fall, daß Mädchen mit dem Symbol des Babys, das von der kulturspezifischen Rollenvorgabe her für sie einen stärkeren Aufforderungscharakter hat, als für Jungen, leichter ihre Regressionswünsche ausdrücken können. Diese Deutung der Verwendung eines geschlechtsspezifischen Symbols zur Darstellung eines, einer Krankheit zugrunde liegenden Konfliktes drängt sich deshalb auf, weil die Vergleichsgruppe, die ja ebenso viele Mädchen hat, absolut geringere Zahlen bei der Verwendung des Babys zeigt. Die geschlechtsspezifische Deutung allein kann dieses Doppelphänomen nicht erklären.

4.5. Verwendung des Fells

4.5.1. Quantitative Auswertung

In Tabelle 57 haben wir die unterschiedlichen Funktionen, die das Fell in den Scenotestgestaltungen spielt, aufgezeichnet. Es fällt auf, daß 29 Enuretikerkinder ein Fell in ihren Spielen verwenden, während dies nur bei 12 Nicht-Enuretikern der Fall ist. Der Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 9,74 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 57

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Fell wird verwendet	29	12	41
nicht verwendet	51	68	119
	80	80	160

4.5.2. Schlafszenen

Im Unterschied zu den 13 Enuretikerkindern, die das Fell als Bett verwenden, tun dies nur 3 Kinder der Vergleichsgruppe. Auch dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 6,94 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 58

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Schlafszenen werden gespielt	13	3	16
werden nicht gespielt	67	77	144
	80	80	160

4.5.3. Interpretation

Auch das Fell können wir als Anzeichen für Regression ansehen.

Betrachten wir nämlich die Verwendung des Fells in den Scenotest-Gestaltungen, so fällt auf, daß das Fell als Bett 13 mal bei den Enuretikern vorkommt und 5 mal als Fell zum Liegen verwendet wird. Weitere 3 Enuretiker legen das Fell auf den Boden, ohne Personen darauf zu legen, oder das Fell lädt sozusagen dazu ein, daß sich jemand darauf legt. In all diesen Fällen handelt es sich um passive Szenen, um den Wunsch des "Weich-gebettet-seins" oder in zwei Extremfällen um den Wunsch des Rückzugs in eine weich ausgepolsterte Höhle (Decke im Festungsbau).

4.5.4. Zusammenfassung

a) Die Verwendung des Fells ist ein weiteres Zeichen, das zum Syndrom "Regression" gehört.

b) Enuretiker verwenden es wesentlich häufiger als Nicht-Enuretiker.

c) Vom Thematischen her wird die Verwendung des Fells als Bett von den Enuretikerkindern wesentlich häufiger gezeigt.

4.6. Sitzszenen

Sitzszenen sind solche Szenen, in denen Personen, z.B. Vaterfiguren, Mutterfiguren oder Kinderfiguren entweder im Liegestuhl, Sessel oder auf dem Boden sitzen. Sie kommen in den Scenotestgestaltungen von Enuretikern in 48 Fällen vor, bei den Kindern der Vergleichsgruppe nur in 28 Fällen. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 10,64 fast auf dem 1‰-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 59

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Sitzszenen werden gespielt	48	28	76
werden nicht gespielt	32	52	84
	80	80	160

4.7. Kombination von Schlaf- und Sitzszenen

Addieren wir beide Arten von Szenen, so erhalten wir folgende neue Vierfeldertafel:

Tabelle Nr. 60

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Schlaf- und Sitzszenen kommen vor	60	32	92
kommen nicht vor	20	48	68
	80	80	160

60 Enuretiker bauen Schlaf- und Sitzszenen auf, dagegen nur 32 Nicht-Enuretiker. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 20,05 auf dem 1 ‰-Niveau hoch signifikant.

Diese Kombination, die eine so hohe Signifikanz aufweist, hält uns eindringlich vor Augen, wie stark bei den Enuretikern der Wunsch nach Passivität, nach unverpflichtetem Entspanntsein vorherrscht.

4.8. Zusammenfassung des Regressionssyndroms

Wir haben damit 5 Symbole des Scenotest-Aufbaus untersucht, die wir zum Regressionssyndrom zusammenfaßten.

Diese Symbole setzen sich zusammen aus:

	Enuretiker : Nicht-Enuretiker absolut	relativ	Chi^2	Niveau
1. Linksausrichtung der Szene	48 : 20	2,4	20,05	1 ‰
2. Magische Vorstellungen: Engel	24 : 12	2,0	5,161	5-2 %
3. Baby	41 : 18	2,3	14,21	1 ‰
4. Verwendung des Fells	29 : 12	3,4	9,74	1 %
5. Schlaf- und Sitzszenen	60 : 32	1,90	19,86	1 ‰

Da die relativen Werte etwa gleich groß sind, unterscheiden wir in der Skala:

a) 0 Zeichen = keine Passivität bzw. Regression

b) 1 Zeichen = schwache Passivität

c) 2-3 Zeichen = mittelstarke Passivität

d) 4-5 Zeichen = starke Passivität

Das Ergebnis der Auszählung und Einteilung in keine Passivität, schwache, mittlere und starke Passivität ist in Tabelle 62 für beide Gruppen zusammengefaßt:

Tabelle Nr. 62

Passivitätsskala

Zeichen	Enuretiker absolut	Vergleichsgr. absolut	Su.	Enuretiker % von 80	Vergleichsgr. % von 80
0	2	23	25	2,5	28,75
1	15	22	37	19,0	27,15
2 - 3	34	32	66	42,5	40,00
4 - 5	29	3	32	36,0	4,00
	80	80	160	100,0	100,00

Auf der rechten Seite sieht man die Prozentwerte, wie die einzelnen Zeichen in den Gruppen vertreten sind. Interessant ist, daß bei den Enuretikerkindern nur 2 Scenotests vorkommen, in denen keines unserer 5 Zeichen auftritt. Bei den Kindern der Vergleichsgruppe sind es dagegen 23. Die Aufstellung zeigt Tabelle 63. Für diese Tabelle errechneten wir einen Chi^2-Wert von 21, signifikant auf dem 1 ‰-Niveau.

Tabelle Nr. 63
Vorkommen von Passivitätszeichen

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
kommen vor	78 (97,5 %)	57 (70,2 %)	135
kommen nicht vor	2 (2,5 %)	23 (28,8 %)	25
	80 (100 %)	80 (100 %)	160

Weiterhin fällt auf, daß bei starker Passivität = 4 - 5 Zeichen das Verhältnis genau umgekehrt ist. Hier sind es 29 Enuretikerkinder, die solche hone Werte zeigen. Bei den Kindern der Vergleichsgruppe sind es dagegen nur 3 (s. Tabelle 64). Wir errechneten hierfür einen Chi^2-Wert von 31,4. Er ist auf dem 1 ‰-Niveau hoch signifikant.

Tabelle Nr. 64

Stärkere Passivitätszeichen

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
0 - 3 Zeichen	51	77	128
4 - 5 Zeichen	29	3	32
	80	80	160

Uns interessiert nun noch der Trend. Nach der Tabelle Nr. 65 scheint es so zu sein, daß die Kinder der Vergleichsgruppe nur etwas mehr Kinder aufweisen, die einen Passivitätshinweis haben. Dann sind es etwas weniger Kinder, die mit zwei bis drei Zeichen spielen als die Enuretikerkinder. Schließlich sind es fast nur noch Enuretikerkinder, die mit 4 bis 5 Zeichen spielen. Dieser Trend bestätigt sich. Der Chi^2-Wert von 17,32 für die 3 x 2 -Feldertafel ist nämlich auf dem 1 ‰-Niveau hoch signifikant.

Tabelle Nr. 65

	Enuretiker	Vergleichsgruppe	Summe
1 Zeichen	15	22	37
2 - 3 Zeichen	34	32	66
4 - 5 Zeichen	29	3	32
	78	57	135

Dieser hohe Wert wird hauptsächlich durch die großen Unterschiede bei "starker" Passivität bzw. Regression zwischen den Zahlen beider Gruppen hervorgerufen.

Wir können folgende Schlußfolgerungen ziehen:

1) Es zeigen wesentlich mehr Enuretikerkinder Anzeichen für Passivität, als Kinder der Vergleichsgruppe.

2) Bei den niedrigen Zahlen (1 - 3 Zeichen), die wir als geringe oder mittlere Passivität einstuften, ist das Verhältnis etwa gleich groß (61 % : 67 % Kindern der Vergleichsgruppe).

3) Die Enuretikerkinder unserer Untersuchung zeigten wesentlich häufiger hohe Werte für Passivität: 36 % gegenüber 4 % der Vergleichsgruppe.

4) Wenn die Zeichen das Vorliegen einer Regression wirklich zeigen, können wir wagen, daß die Enuretikerkinder unserer Untersuchung fast alle Anzeichen von Regression aufweisen. Auch bei den Kindern der Vergleichsgruppe kommen solche Anzeichen vor. Aber bei ihnen sind es weniger Regressionshinweise, und wenn sie welche Zeigen, sprechen sie fast immer nur für leichte oder mittelstarke Regression. Bei den Enuretikerkindern sind dagegen über 1/3 stark regrediert.

Beispiel 1: Brigitte, 9 Jahre

Seit der Scheidung ihrer Eltern näßt die 9-jährige Brigitte nachts wieder ein. Als erwünschtes Kind kam sie 2 Jahre nach ihrem Bruder zur Welt und durchlief alle Entwicklungsstadien nach Angabe der Mutter völlig normal. Ihre extreme Adipositas und ein acetonämisches Erbrechen im 5. Lebensjahr widersprechen den Angaben der Mutter. Geprägt von einem Eifersuchtswahn vermag die Mutter, die sehr bemächtigend wirkt, nicht in dem Maß auf ihre Tochter einzugehen, daß sie ihr die nötige Sicherheit und Geborgenheit geben kann.

So identifiziert sich Brigitte bewußt mit dem Baby auf dem Schoß der Mutter im Liegestuhl und baut links im Vordergrund ein Bett auf, das sie auch noch mit Bausteinen überdacht. Beide Elemente finden sich typischerweise auf der linken Spielhälfte. Daß außerdem orale Momente auftauchen, links vorn sitzen zwei Kinder im Schlafanzug, geschieht häufiger und deutet auf den engen Zusammenhang zwischen Passivitätswünschen und oraler Triebbefriedigung.

Beispiel 2: Dieter, 8 Jahre

Dieter, 8 Jahre alt, unehelich geboren, wurde von der GM liebevoll erzogen, da die Mutter als Reise mannequin tätig war. Nachdem er einmal trocken wurde, näßte er mit 4 1/2 Jahren wieder ein, als die Großmutter krank wurde und ihn nicht mehr versorgen konnte. Als sie starb, konnte die mehr intellektuell-

rationale und wenig häusliche Mutter dem Jungen nicht die nötige Geborgenheit vermitteln. Die Mutter heiratete wieder. Dieter erfährt aber den neuen Stiefvater nur als Rivalen und dadurch verfestigte sich eher das Symptom, als Demonstration seiner Hilflosigkeit und seines Wunsches nach Geborgenheit.

Im Scenotest kommt diese Problematik deutlich zum Ausdruck: Das Baby legt er auf das Fell, gibt ihm die Flasche und es bekommt das Töpfchen gleich dabei, weil es dann schneller drauf kann. Weitere Regressionszeichen sind die Linksausrichtung, die Figuren der magischen Welt wie Zwerg, Engel und Schneemann. Die Mutterfigur in der Nähe des Babys fehlt: "Die Eltern sind grad nicht da, nur Oma und Opa sind anwesend". Bewußt identifiziert er sich mit dem Säugling, weil er es gut hat und im Kinderwagen herumgefahren wird, aber auch der Junge im Liegestuhl hat es gut, der möchte er auch sein. Gar nicht möchte er der Junge mit Schiefertafel sein, weil der so schwer lernen muß.

Typischerweise ist auch hier Regression eng mit dem Oralen verknüpft, bei Dieter speziell in einer oral-passiven Erwartungshaltung. So bettelt das Krokodil beim Großvater, der eine Banane in der Hand hält, das Baby hat die Flasche und die gute Oma deckt den Tisch und die Tiere sind ebenfalls versorgt. Alles wird umzäunt und abgeschirmt und so entsteht eine heile, ruhende Wunschwelt, lediglich der Schneemann deutet indirekt die Realität an, in der Dieter lebt.

5. Das Aggressionssyndrom

Es wird allgemein angenommen, daß der Grundtrieb "Aggression" bei Enuretikerkindern besonders stark hervortritt. Wir haben in unserem Versuch der theoretischen Erklärung der Enuresis aus tiefenpsychologischer Sicht auch auf die Aggression gegen sich selbst und gegen die Außenwelt hingewiesen. Im Scenotest manifestiert sich nach VON STAABS die Aggression am stärksten und am eindeutigsten in der Aufstellung des Krokodils, des Ganters, des Fuchses und des bösen Hundes. BIERMANN schreibt in seiner Arbeit über das Scenotestspiel der Schizophrenen, daß Jungen und Mädchen in Konfliktsituationen das Krokodil als spezifisches Aggressionssymbol verwenden. Als spezielles Zeichen kommt noch der "Fuchs im Wald" mit hinzu, da er eine besondere Form der Aggression darstellen kann, nämlich die versteckte Aggression. Sie kann allerdings auch vom Krokodil ausgedrückt werden, wenn das Krokodil versteckt ist, wie z.B. hinter einer Mauer oder zwischen Bäumen.

5.1 Das Krokodil

Mit dem Krokodil spielen 42 von unseren 8o Enuretiker, während dies von den Nicht-Enuretikern nur 22 taten. Dieser Unterschied ist mit dem Chi^2-Wert von 1o,4 auf dem 1 ‰-Niveau hoch signifikant.

Tabelle Nr. 66

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Krokodil wird verwendet	42	22	64
wird nicht verwendet	38	58	96
	8o	8o	16o

5.1.1. Geschlechtsspezifische Verwendung

Bei einem Vergleich zwischen Knaben und Mädchen ergibt sich kaum ein Unterschied in der Verwendung des Krokodils.

Tabelle Nr. 67

	Buben	Mädchen
Krokodil wird verwendet	26 (52 %)	16 (53 %)
wird nicht verwendet	24 (48 %)	14 (47 %)
	50 (100%)	30 (100%)

Vergleicht man jedoch die Häufigkeit des Krokodils in den Spielen der Buben, die Enuretiker sind, und der Knaben der Vergleichsgruppe, so zeigt sich, daß das Verhältnis von 26 : 13 mit einem Chi^2-Wert von 7,103 auf dem 1 %-Niveau signifikant ist, daß also die Enuretiker-Jungen wesentlich häufiger mit dem Krokodil spielen, als die Jungen der Vergleichsgruppe. Bei den Mädchen der Enuretiker und der Kontrollgruppe besteht hingegen kein signifikanter Unterschied. Bei einem Verhältnis von 16 : 9 ergibt sich nur ein Chi^2-Wert von 3,4.

Tabelle Nr. 68

	Jungen		Mädchen	
Krokodil	Enuretiker	Vergleichsgr.	Enuretiker	Vergl.gr.
wird verwendet	26 (52 %)	13 (26 %)	16 (53 %)	9 (30 %)
nicht verwendet	24 (48 %)	37 (74 %)	14 (47 %)	21 (70 %)
	50 (100 %)	50 (100 %)	30 (100 %)	30 (100 %)

Allgemein würden wir annehmen, daß das Krokodil ein Symbol ist, das eher Jungen verwenden. Aber das wird in unserer Untersuchung nicht bestätigt. Vielmehr spielen Enuretikermädchen im Verhältnis ebenso häufig mit dem Krokodil wie dies Enuretikerjungen tun. Das Krokodil als Aggressionszeichen ist also kein geschlechtsspezifisches Zeichen in dem Sinne, daß es mehr für die Buben einen Aufforderungscharakter besäße.

5.2. Der Ganter

Der Ganter wird in den Spielen von Enuretikern in 47 von 80 Fällen verwendet und bei den Nicht-Enuretikern in 25 von 80 Fällen. Für diesen Unterschied ergibt sich ein Chi^2-Wert von 12,22, der auf dem 1 ‰-Niveau signifikant ist.

Tabelle Nr. 69

	Enuretiker	Vergleichsgruppe	Summe
der Ganter wird verwendet	47	25	72
nicht verwendet	33	55	58
	80	80	160

5.2.1. Geschlechtsspezifische Verwendung

Im Gegensatz zur Verwendung des Krokodils zeigt sich ein Unterschied darin, daß die Mädchen zu 73 % den Ganter in ihren Spielen verwenden im Gegensatz zu 50 %, bei den Jungen. Der Unterschied ist auf dem 5 %-Niveau mit einem Chi^2-Wert von 4,251 signifikant.

Tabelle Nr. 70

	Enuretiker Jungen	Enuretiker Mädchen	Summe
der Ganter wird verwendet	25 (50 %)	22 (73 %)	47
nicht verwendet	25 (50 %)	8 (27 %)	33
	50 (100 %)	30 (100 %)	80

Auch hier ist der Unterschied zwischen den Knaben der Enuretiker und der Vergleichsgruppe signifikant, das heißt, daß sowohl Enuretikerjungen als auch Enuretikermädchen öfters den Ganter verwenden als die Kontrollgruppe.

Tabelle Nr. 71

	Jungen			Mädchen		
der Ganter	Enuretiker	Vergl.gr.	Su.	Enuretiker	Vergl.gr.	Su.
wird verwendet	25 (50 %)	14 (28 %)	39	22 (73 %)	11 (36 %)	33
nicht verwendet	25 (50 %)	36 (36 %)	61	8 (27 %)	19 (64 %)	27
	50	50	100	30	30	60

für Jungen: Chi^2-Wert = 5,4, Niveau 2,5 %

für Mädchen Chi^2-Wert = 8,2, Niveau 1 %.

5.3. Böser Fuchs

Auch die Verwendung des bösen Fuchses bzw. Hundes ist mit einem Chi^2-Wert von 8,1 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 72

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
der Fuchs wird verwendet	49	31	80
nicht verwendet	31	49	80
	80	80	160

Die Signifikanz wird ineressanterweise durch den Spezialfall Fuchs im Wald hervorgerufen:

Tabelle Nr. 73

Fuchs im Wald	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
wird verwendet	32 (17)	16 (15)	48
nicht verwendet	48	64	112
	80	80	160

Der Chi^2-Wert beträgt 7,618 und ist auf dem 1 %-Niveau signifikant. In Klammern ist die Anzahl der Spiele angegeben, in denen der Fuchs nicht im Wald vorkommt, die Aggression also nicht in verborgener Form erscheint.

Beispiel: Waltraud, 12 Jahre

Waltraud näßt seit 1 1/2 Jahren wieder ein. Das Symptom löste eine Enkopresis ab, die sie zur Zeit der Geburt des jüngsten Halbgeschwisters bekam. Sie gilt als ein leicht lenkbares, nie aufbegehrendes Kind, immer lieb und ruhig.

Im Scenotestspiel stellt sie einen Sonntagsspaziergang dar. Die Familie geht in den Wald. Hinter den Bäumen stellt sie einen Fuchs. Von diesem sagt sie, er sei ein Wolf, der lauert bis die anderen vorbei sind dann geht er wieder weg. Ihre eigentliche Eifersuchtsproblematik deutet sich in dem Baby auf dem Arm der Mutter an. Darauf zielt auch die heimliche Aggression des Wolfes hin.

5.4. Zusammenfassung des Aggressionssyndroms

Unter dem Aggressionssyndrom haben wir die Zusammensetzung aus 3 Zeichen verstanden. Bei allen 3 ergaben sich signifikant höhere Werte bei den Scenotestgestaltungen der Enuretiker im Vergleich zur Kontrollgruppe. Im folgenden geben wir die absoluten Zahlen beider Gruppen, das Verhältnis, den Chi^2-Wert und das Signifikanz-Niveau an.

Tabelle Nr. 74

Zeichen	Enuretiker : Nicht-Enuretiker absolutes Verhältnis	relativ	Chi^2	Niveau
1. Krokodil	42 : 22	1,8	10,4	1 %
2. Ganter	47 : 25	2,0	12,222	1 %
3. böser Fuchs	49 : 31	1,6	8,1	1 %

Um eine Aggressionsskala erstellen zu könngen, machten wir folgende Aufstellung: 1 Zeichen schwache, 2 mittelstarke und 3 Zeichen starke Aggression.

Tabelle Nr. 75

Skala für Aggression

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe	% - Werte
0 Zeichen	14	33	47	17,5 : 41,25
1 Zeichen	19	18	37	23,7 : 22,5
2 Zeichen	26	19	45	32,5 : 23,75
3 Zeichen	21	10	21	26,3 : 12,5
	80	80	160	100 % : 100 %

Es fällt dabei auf, daß sehr viel mehr Kinder der Vergleichsgruppe keines der 3 Aggressionszeichen in ihren Scenotestgestaltungen verwenden, als die Kinder der Enuretikergruppe, was durch folgende Tabelle veranschaulicht wird:

Tabelle Nr. 76

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Aggressionszeichen			
gezeigt	66	47	113
nicht gezeigt	14	33	47
	80	80	160

Der Chi^2- Wert ist 9,68, bei einem Niveau von 1 ‰.

Wir fragten dann, welche Art von Aggression bei den beiden Gruppen vertreten sind. Bei den Enuretikern scheint es vor allem die stärkere Aggression zu sein, die durch die Verwendung von zwei oder drei Symbolen angezeigt wird. 59 % der Enuretiker verwenden zwei oder drei Aggressionszeichen. Bei den Kindern der Vergleichsgruppe sind es nur 36 %.

Tabelle Nr. 77

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
0 - 1 Zeichen	33	51	84
2 - 3 Zeichen	47	29	76
	80	80	160

Aus dieser Tabelle errechneten wir einen Chi^2-Wert von 8,12. Er ist ebenfalls auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Unsere Ergebnisse lauten demnach:

1. Enuretiker verwenden wesentlich mehr Aggressionszeichen als Kinder der Vergleichsgruppe.
2. Bei der Anzahl der Aggressionszeichen verwenden unsere Enuretiker-Kinder wesentlich häufiger 2 oder 3 Anzeichen als Kinder der Vergleichsgruppe.

3. Wenn die Zeichen Krokodil, Ganter, Fuchs Anzeichen für Aggression sind, können wir sagen, daß die Enuretikerkinder unserer Untersuchung wesentlich häufiger und wesentlich stärker aggressiv sind, als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Die Art wie diese Aggression sich äußert, kann aus dem Umgang mit dem Spielmaterial und der Umgebung ersehen werden. Es gibt dabei viele Möglichkeiten, von denen wir mehrere besonders hervorheben:

a) Geäußerte Aggression:
Diese ist in den Fällen zu sehen, in denen das Krokodil andere Tiere beißt, auf Menschen losgeht, auf Kinder oder sogar auf Vater oder Mutter, zumindest sie offen bedroht. Sie kann sich aber auch gegen sich selbst richten, wenn z.B. die Identifikationsfigur bedroht wird.

b) Gehemmte Aggression:
Wenn das Kind das Krokodil weglegt, sich vor ihm fürchtet oder es umzäunt, so können wir von einer Hemmung der Aggression sprechen.

c) Geleugnete Aggression:
Hiervon sprechen wir, wenn das Kind z.B. das Krokodil nicht als gefährlich, sondern als lieb bezeichnet oder als das Tier, das "alle beschützt". Auch einzelne Fälle, in denen das Kind das Krokodil in die Hand nimmt und wieder weglegt, gehören dazu.

Beispiel 1: Karl, 6 1/2 Jahre

Der 6 1/2 jährige Karl lehnt die Puppen ab und spielt nur mit Tieren. Er ist das zweite Kind eines Gießerei-Ingenieurs; seine Mutter war Volksschullehrerin. Die Ehe der Eltern brach bald auseinander. In der gespannten Scheidungssituation gelang der ängstlichen und unsicheren Mutter die Erziehung ihres Sohnes nur in unvollkommener Weise. So war Karl im kritischen Alter der Sauberkeitserziehung oft krank und näßt seither immer noch nachts ein. Äußerlich angepaßt ist Karl ein folgsames Kind, das nur ab und zu zu Jähzornsausbrüchen neigt.

Im Scenotest baut er geschickt aus den Bausteinen noch zwei weitere Tiere, ein Reh und einen Steinbock. Durch spitze Zacken bekommen sie ein bedrohliches Aussehen, wie auch alle anderen Tiere aggressiv überhöht sind. So wird die Kuh zum Stier, der Fuchs zum Wolf im Urwald und am liebsten hätte Karl noch Tiger und Leoparden gehabt, sagt er. Vor dem Krokodil zieht er ängstlich die Finger zurück, setzt es aber doch in den Teich. Dieser und das Klo, mit dem er nur kurz spielt und es dann wieder zurück legt, sind die einzigen Hinweise auf das Symptom.

Der Hochsitz mit den Küken inmitten der wilden Tiere gewinnt für ihn besondere Bedeutung. Das schützende Dach weist auf sein Sicherheitsbedürfnis vor der aggressiv erlebten Welt hin. Das Aufstreben des Bauwerkes steht für den Leistungsehrgeiz des Jungen in der Schule.

Zusammengefaßt drückt sich in dieser Szene das von Aggressionen und Angstgefühlen überwältigte Enuretikerkind aus, das äußerlich angepaßt an seine Umgebung nicht diese Problematik vermuten läßt und in der Konkurrenzsituation zur (älteren) Schwester nicht das nötige gleichmäßige Angenommensein erfährt.

Beispiel 2: Wolfgang, 8 Jahre

Wolfgang ist der zweitälteste Sohn von 5 Kindern eines Schlossers, der sehr streng in seinen Erziehungsmaßnahmen ist und zu Zornesausbrüchen neigt. Er näßt tags und nachts immer noch ein. In die kritische Phase der Sauberkeitserziehung fiel die Geburt des 3. Kindes, was die Mutter sehr belastete. Sie konnte auch ihrer Heimarbeit als Schneiderin nicht mehr nachgehen. Damals begann Wolfgang mit Erziehungsschwierigkeiten in Form von Lügen, Unruhestiften unter den Brüdern usw. In der letzten Zeit stahl er gelegentlich Geld aus dem Geldbeutel der Mutter, um sich damit Süßigkeiten zu kaufen.

Im Scenotest kommen heftige Aggressionen zum Ausdruck: Der Sohn als Va2 schleudert der Mutter=GM eine Blumenvase=Schatzsymbol nach, im letzten Moment werden die Aggressionen zurückgenommen: Die Vase bleibt an der Stuhllehne hängen. Ein zweitesmal drückt sich die gehemmte Aggression aus; links im Vordergrund stellt Wolfgang das Krokodil auf die Schnauze.

Trotz dieser starken aggressiven Komponente sehnt sich Wolfgang regressiv nach Geborgenheit: Der Engel paßt auf der Säule ausdrücklich auf das Pyjama-Kind auf, das hinter den Bäumen und hinter dem Zaun versteckt ist.

6. Das Angstsyndrom

Es setzt sich unserer Meinung nach aus folgenden Punkten zusammen: Aus den Über-Ich-Hinweisen, wenn zum Beispiel ein Polizist oder ein strenger Vater dargestellt wird; aus Bestrafungs-Hinweisen, wenn der Ausklopfer in einer Szene vorkommt und dann Angst auch in den Kommentaren während des Spiels ausgedrückt wird, wenn zum Beispiel das Krokodil als ein sehr gefährliches Tier bezeichnet wird. Als indirekten Ausdruck der Ängstlichkeit sehen wir das Bauen von Schutz- bzw. Festungsbauten an, des weiteren formale Elemente wie Umgrenzungen, Rand- und Eckenbetonung sowie Insel- und Gruppenbildung. Als letzten Hinweis sahen wir den "Horror vacui" an, der von VON STAABS und von BIERMANN beschrieben wird.

6.1. Der Polizist

BIERMANN führte den Polizisten bereits 1959 in das Scenotestmaterial bei der Psychosomatischen Beratungsstelle der Kinderpoliklinik München ein.

Daß der Polizist ein Über-Ich-Hinweis sein kann, wird verständlich, wenn man überlegt, daß er die Normen der Gesellschaft vertritt, dieselben Normen, die dem Kind von den Eltern auferlegt wurden: "Hüter des Gesetzes". Er ist aber oft auch dadurch als eine über-väterliche Autorität ausgezeichnet, daß die Eltern das Kind geradezu mit dem Erscheinen des Polizisten bedrohen, wenn es nicht artig ist. So kann der Enuretiker seiner Triebwelt dadurch entkommen, daß er einen Polizisten an die Schwelle stellt, der ihm sozusagen verbietet seine Wünsche zu leben. Durch die dadurch entstehende Über-Ich-Angst kann das Kind seine Probleme nur durch das Symptom äußern, das immer die Wunscherfüllung mit der damit verbundenen Strafe in sich vereinigt.

Interessanterweise zeigte sich in unseren Fällen auch eine spezifische Verwendung des Polizisten: ein Polizist vor einem Tor, ein Polizist, der mit der Schultafel in der Hand vor einem Kind die "Hausaufgaben kontrolliert", oder der Polizist, der als Vaterfigur an zentraler Stelle im Sessel thront, sozusagen als überhöhte Vaterfigur.

In unserer Untersuchung kommt der Polizist in den Scenotestgestaltungen von 18 Kindern vor, bei der Vergleichsgruppe nur ein Mal. Dieser eindrucksvolle Unterschied zeigt, daß dem Polizisten als Über-Ich-Symbol eine große Bedeutung zukommt und wie wichtig die Einführung des Polizisten in das Scenotestspielmaterial war.

Tabelle Nr. 78

Polizist	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
wird verwendet	18	1	19
nicht verwendet	62	79	141
	80	80	160

Der Chi^2-Test ist mit 17,25 auf dem 1 ‰-Niveau signifikant. Wenn wir uns überlegen, daß die Kinder der Vergleichsgruppe erziehungsschwierig sind, verstehen wir den Unterschied verstärkt als einenHinweis auf Angst. Vor allem auch deswegen, weil erziehungsschwierige Kinder meist dadurch ausgezeichnet sind, daß sie gerade sehr wenig Angst haben, vor allem nicht vor "Erziehungsmaßnahmen" und so als schwererziehbar gelten, weil sie sich vor Strafe nicht sonderlich fürchten.

6.2. Ausklopfer

Kinder werden nicht nur mit dem Erscheinen eines Polizisten bedroht, sondern häufig mit Stöcken und dergleichen geschlagen. Besonders in der sozialen Unterschicht aus der die meisten unserer untersuchten Kinder stammen, wird oft noch eine rigorose Strafpraxis vertreten. So ist es nicht verwunderlich, daß dort auch "Vergehen" wie das Bettnässen häufig als Ausdruck des Trotzes aufgefaßt, den man dem Kind "austreiben" muß.

In unserer Untersuchung tauchte in den Scenotestgestaltungen von 17 Enuretikern ein Ausklopfer auf, eine erstaunlich hohe Zahl. Bei den Nicht-Enuretikern verwendeten nur 5 Kinder im Scenotestspiel den Ausklopfer. Der Unterschied ist bei einem Chi^2-Wert von 7,583 auf dem 1 ‰-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 79

Ausklopfer	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
wird verwendet	17	5	22
nicht verwendet	63	75	138
	80	80	160

6.3. Angst vor Tieren

Aus den Untersuchungen von RADMANN (Phobien und kindliche Angst) geht hervor, daß die Angst vor Tieren bei vielen Kindern bis zum 5. Lebensjahr vorhanden ist. Deshalb müßten wir dieses Element eigens untersuchen. Die psychoanalytische Richtung hat aber immer wieder die überstarke Angst vor Tieren als neurotisch angesehen und auch die Verhaltenstherapie von RACHMANN kennt überstarke Ängste. Deshalb untersuchten wir die Fälle, in denen Kinder beim Aufbau der Szenen verbal Angst vor Tieren äußerten.

In den Scenotest-Gestaltungen der Enuretiker war dies 27 mal der Fall. Wäre dieser Wert rein zufällig ohne einen Zusammenhang mit der Art der Krankheit aufgetreten, hätten wir einen ebenso hohen Wert bei den Scenotestspielen der Kinder der Vergleichsgruppe erwarten dürfen. Tatsächlich aber äußerten nur 6 Kinder dieser Gruppe diese Angst. So kann unsere Annahme, daß die Angst vor Tieren bei Enuretikern ein Hinweis dafür ist, daß viele von ihnen starke Ängste haben, nicht zurückgewiesen werden. Der Unterschied in den Zahlen für dieses Element ergibt einen Chi^2-Wert von 16,833, der auf dem 1 ‰-Niveau signifikant ist. Damit können wir die Äußerungen der Kinder während der Spiele, die eine Angst vor Tieren ausdrückten, als ein Zeichen genereller Ängste deuten.

Tabelle Nr. 80

Angst vor Tieren	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
wurde geäußert	27	6	33
nicht geäußert	53	74	127
	80	80	160

6.4. Horror vacui

In unseren Scenotestgestaltungen hat sich bei diesem Merkmal kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen ergeben. Beide zeigen jeweils 20 mal Anzeichen für einen Horror vacui. Diese ähnlichen Zahlen lassen vielleicht den Schluß zu, daß seine Beurteilung doch sehr subjektiv ist, und auch die Protokolle waren in dieser Hinsicht unvollständig. Nach unseren Erfahrungen läßt sich ein Horror vacui am besten während des Spielverlaufs erkennen, wenn man sieht, wie manche Kinder jeden freien Platz des Spielbretts ausfüllen, wo es ihnen nur noch darauf ankommt, alles vollzustellen. Aus diesen Gründen lösten wir das Merkmal Horror vacui aus dem Angst-Syndrom heraus.

6.5. Schutzbauten bzw. Festungsbauten

Es kommt bei den Spielen häufiger vor, daß Kinder statt normal proportionierter Häuser besonders große Bauten aufstellen, die zudem noch den Charakter einer Festung aufweisen. Diese Gestaltungsweise erregte auch deswegen unsere Aufmerksamkeit, weil diese Bauten manchmal mit Symbolen kombiniert werden, die den"Schutzcharakter"noch unterstreichen, wie zum Beispiel der Schutzengel, der auf dem Dach aufpaßt, oder das Fell, das im Haus liegt und zum Rückzug ins Verließ einlädt, oder auch Bauten, die noch besonders gut gegen die Umwelt abgeschlossen sind durch das Darüberlegen von Fell und Decke.

Unsere Überlegungen scheinen sich dadurch zu bestätigen, daß wie erwartet Schutz- bzw. Festungsbauten auch häufiger bei denEnuretikern zu finden sind, wie ja die anderen Angsthinweise ebenfalls stärker vertreten sind.

Tabelle Nr. 81

Haus- bzw. Festungsbauten

	Enuretiker	Vergleichsgruppe	Summe
einfaches Haus	15	23	38
größeres Haus	10	9	19
Festungsbau	12	2	14
kein Hausbau	43	46	89
	80	80	160

In Tabelle 81 stellten wir die Verteilung der Häuser dar, die wir in einfache Häuser, in mittelgroße und große Häuser bzw. Festungsbauten aufteilten. Wir sehen von der Verteilung her schon auf den ersten Blick, daß die Nichtenuretiker anscheinend mehr einfache Häuser bauen, während die Enuretiker mehr große Häuser und Festungsbauten errichteten. Wenn wir den Chi^2-Wert für die 8-Feldertafel berechnen, so ergibt sich ein Wert von 10,019,der auf dem 2-1 %-Niveau signifikant ist. Auch BIERMANN spricht in seiner Arbeit über das Scenotestspiel der Schizophrenen über die sogenannten Festungen, die beim Katatonen meist symmetrisch angeordnet und zentral aufgebaut sind. Sie gelten zugleich als Demonstration des Autismus des Kranken, wie sie auch bei äußerer entleerter Scene im Innern eine kindererfüllte Scene der Geborgenheit aufweisen.

6.6. Umgrenzungen

Unsere Annahme, daß Umgrenzungen nicht unabhängig von der Krankheit in den Scenotestgestaltungen erscheinen, wurde bestätigt. 45 Enuretiker spielten Szenen, in denen Umgrenzungen vorkamen, während es bei den Kindern der Kontrollgruppe nur 22 waren. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 13,57 auf dem 1 ‰-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 82

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Umgrenzungen werden gesp.	45	22	67
nicht gespielt	35	58	93
	80	80	160

An dieser Stelle ist es wichtig, auf die Untersuchungen von VAN AERSSEN hinzuweisen, die bei der Untersuchung des Formalen im Scenotest fand, daß die Polarität des gehemmten und des asozialen Enuretikers häufig in der Verwendung der Spielkriterien Umgrenzung - Eckenbetonung - peripherer Insel- und Gruppenbetonung - Rahmensprengung zum Ausdruck kommt. Sie stellte ferner fest, daß 45 % der Enuretiker einen Bezirk aus der Spielfläche umgrenzen, ihn abkapseln und von dem übrigen Teil des Bildes isolieren. Häufig stellt sich in diesem abgekapselten Teil die Bettnässerproblematik in Form des Klos, des Ausklopfers oder der Waschschüssel dar.

Gehemmt in seinem Kontakt zur Umwelt stellt der Enuretiker in 27 % Inseln und Gruppen dar, die genauso wie er keinen Kontakt zur Außenwelt finden, sich in sich zurückgezogen haben.

Das Gefühl der Hemmung des Enuretikerkindes, des Nicht-aus-sich-herauskönnens, des Nicht-loslassen-könnens, Nicht-loslassen-dürfens zeigt sich in der Randbetonung in 17 % und in der peripheren und Eckenbetonung (7%). Die Kombination Peripher-Eckenbetonung liegt höher als im Gesamtkollektiv

6.7. Zusammenfassung des Angstsyndroms

Wir haben 6 Zeichen untersucht, die nach unserer Meinung bei den Scenotestgestaltungen als Ausdruck für das direkte Vorliegen von Ängsten zu deuten sind. 5 von ihnen erwiesen sich als geeignet, da bei ihnen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit bestehen, mit der sie in den Scenotest-Spielen von Enuretikern und Kindern der Vergleichsgruppe auftraten. Diese 5 Zeichen ordneten wir in Tabelle 83.

Tabelle Nr. 83

Angsthinweise

Zeichen	Enuretiker absolut	: Vergleichsgr. absolut	relativ	Chi^2	Niveau
Polizist	18 (22,5%	: 1 : 1,2%)	18	17,25	1 ‰
Ausklopfer	17 (21,0%	: 5 : 6,2%)	3,4	7,585	1 %
Horror vacui	22 (26,0	: 20 : 25,0)	1	Ø,00	-
Angst vor Tieren	27 (34,0	: 6 : 7,5)	4,5	16,833	1 ‰
Schutzbauten	22 (27,5	: 11 : 13,8)	2	4,60	2-5%
Umgrenzungen	45 (56,0	: 22 : 27,5)	2	13,57	1 ‰

Nachdem wir die absoluten Verhältnisse betrachtet haben, können wir die Gewichte verteilen. Schwierig wird es beim Polizisten. Das absolute Verhältnis von 18 : 1 ergibt ein relatives von 18. Dieses entspricht nicht der Wirklichkeit, sondern nur dem absoluten Wert 1 bei den Nicht-Enuretikern. Wir setzten ihn auf Platz 1 und gaben ihm einen Punkt mehr als dem 2. Zeichen. Die Bewertung der Zeichen geschah durch eine Teilung der relativen Zahlen durch 2. Hierdurch ergaben sich Gewichte von 4 - 10. Sie verteilen sich wie folgt:

1. Polizist	9 Punkte
2. Angstäußerung vor Tieren	9 Punkte
3. Ausklopfer	7 Punkte
4. Umgrenzungen	4 Punkte
5. Schutzbauten	4 Punkte

Wir stellten 2 Tabellen auf: Zuerst die Tabelle mit der Anzahl von Kindern, die keines bis alle Angstzeichen dargestellt hatten. Das Ergebnis ist in %-Werten in Tabelle Nr. 84 dargestellt.

Tabelle Nr. 84

Angstzeichen verwenden	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe	Prozent-Werte
0	8	20	28	10 : 25 %
1	28	45	73	35 : 56,25 %
2	39	13	42	36,25 : 16,25 %
3 - 5	15	2	17	18,75 : 2,5 %
Summe	80	80	160	100 : 100 %

Die Verteilung zeigt eine eindeutige Häufung der Kinder mit einem oder keinem Angstzeichen bei der Vergleichsgruppe.

Tabelle Nr. 85

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
0 - 1 Zeichen	36 (45 %)	65 (81 %)	101
2 - 5 Zeichen	44 (55 %)	15 (19 %)	59
	80 (100 %)	80 (100 %)	160

Im Gegensatz dazu zeigen 44 von 80 Enuretikerkinder in ihren Testspielen 2 - 5 Angstzeichen. In der Vergleichsgruppe sind dies nur 15 Kinder. Der Chi^2- Wert für die 4 x 2 -Feldertafel liegt bei 20,16. Der kritische Wert für df = 3 liegt bei 16,31 für das 1 %-Niveau. Damit ist ausgesagt, daß die Verteilung insgesamt wesentlich andere Parameter besitzt. Die beiden Verteilungen können nicht als Zufallsstichprobe aus derselben Stichprobe betrachtet werden, sondern sie gehören zu verschiedenen Grundgesamtheiten.

Daraus können wir schließen:

1. Eine wesentlich größere Anzahl von Kindern der Enuretikergruppe hat 2 - 5 Angstzeichen als dies bei den Kindern der Vergleichsgruppe zu beobachten ist.
2. Die Kinder der Vergleichsgruppe zeigen dagegen wesentlich häufiger kein oder nur ein Angstzeichen.

Da wir den einzelnen Angstzeichen verschieden starkes Gewicht in Hinblick auf die dem Enuretiker eigene Verwendung der Angstzeichen zugeteilt hatten, stellten wir eine Tabelle darüber auf:

Tabelle Nr. 86

Punktbewertung der Angstzeichen

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe	% - Werte
0 Punkte	8	20	28	10 : 25
1 - 8 Punkte	27	53	80	33,75: 66,25
9 - 16 Punkte	36	5	41	45 : 6,25
17 - 33 Punkte	9	2	11	11,25 2,5
	80	80	160	100 : 100

Die Aufteilung nahmen wir so vor:

1. Ein Symbol für Strafe als einziges Zeichen oder eine Umgrenzung oder ein Schutzbau oder auch Umgrenzung + Schutzbau zusammen als Kategorie 1.
   Wir bezeichneten das Vorkommen dieser Zeichen deshalb als Indikator für "schwache Angst", weil Umgrenzungen und Schutzbauten ja eher Zeichen für Verteidigungsstellungen und Zeichen für eine Angstabsicherung sind. Hier ist zwar Angst vorhanden, aber sie wird abgewehrt und kommt damit im Bewußtsein des Kindes nur selten vor.

   Die Angst vor Strafe ist eine Realangst, die meist bei häufigerer Anwendung zur Gewöhnung wird.

2. Das Auftauchen eines Polizisten oder die Äußerung von Angst vor Tieren allein, mit einem dieser Zeichen Schutzbau bzw. Umgrenzung oder Ausklopfer zusammen, oder Ausklopfer mit Schutzbau und Umgrenzungen zusammen bezeichneten wir als"mittelstarke Angst". Die Äußerung von Angst vor Tieren setzt echt empfundene Angst voraus, die nach Freudscher Auffassung als Vertauschung einer Aggression erscheinen kann, die einer Erziehungsperson gilt, aber nicht geäußert werden kann, weil die Erziehungsperson entweder real zu mächtig ist und mit Strafe droht (der Vater) oder mit Liebesentzug (die Mutter). Der Polizist kann dabei die Vaterautorität vertreten. Hierbei würde das Kind die Angst, die es wegen seiner Aggression im Über-Ich empfindet, nach außen verlegen und auf eine Strafinstanz verschieben, die die Funktion des Gewissens symbolisieren kann. Dazu bietet sich der Polizist an, weil er ebenso stark auf Regeln achtet wie dem Kind das von seinem Gewissen vorgeschrieben ist. Was der Polizist mit seiner Pfeife für den Verkehr von Fahrzeugen in der Realität bedeutet, bedeutet das Gewissen des Kindes für die Dynamik seiner inneren Triebwelt.

3. Wenn beide Zeichen, Polizist und die Äußerung von Angst vor Tieren, auftauchte oder eines dieser primären Angstzeichen mit 2 anderen Zeichen vorkam oder mehr als 3 Zeichen auftauchten, nannten wir dies "schwere Angst".

In der Tabelle fällt sofort auf, daß 73 von 80 Kindern der Vergleichsgruppe Anzeichen für keine oder nur schwache Angst aufweisen. Dies sind 91 % der Gesamtgruppe. Dagegen haben nur 35 Enuretikerkinder = 44 % Anzeichen für keine oder leichte Angst. Bei den Anzeichen für mittlere bzw. schwere Angst sieht es umgekehrt aus. Hier sind 45 Kinder der Enuretiker = 56 % vertreten, während es bei den Kindern der Vergleichsgruppe nur 7 Kinder = 9 % sind.

Die Prüfung beider Verteilungen ergibt einen Chi^2-Wert von 42,09, den höchsten, den wir in der ganzen Untersuchung fanden. Damit ist gesichert, daß die Enuretikerkinder eine andere Verteilung in Bezug auf die Angstzeichen haben als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Tabelle Nr. 87

Angsthinweise

	Enuretiker	Vergleichsgruppe
keine und leichte Hinweise = 0 - 8 Punkte	35 (43,75 %)	73 (91,25 %)
mittlere und schwere Hinweise = 9 - 33 Punkte	45 (56,25 %)	7 (8,75 %)
Summe	80 (100 %)	80 (100 %)

Zusammenfassung der großen Tabelle:

Bei einer Einteilung in die Kategorien keine, leichte, mittlere und starke Angsthinweise verteilen sich die Kinder der Vergleichsgruppe zu 91,25 % in den ersten beiden Kategorien, während die Enuretikerkinder zu 56,25 % in den oberen beiden Kategorien zu finden sind.

Beispiel 1: Herbert, 6 1/2 Jahre

Herbert wuchs in den beiden ersten Lebensjahren im Säuglingsheim auf und wurde dann von Adoptiveltern großgezogen.

Das schwer hospitalismus-gestörte Kind konnte mit 2 1/2 Jahren noch nicht sprechen. Durch drastische Maßnahmen des Pflegevaters wurde dann das Sprechen erzwungen. Er stellte Herbert auf den Sehrank und verlangte, daß er Mama sagen solle. Er durfte erst wieder herunter, wenn er dieser Aufforderung nachgekommen war.

Im Scenotest agiert er sehr kleinkindhaft mit den Figuren und baut keine eigentliche Szene auf. Er agiert mit den Puppen und sein Hauptinteresse gilt dem Klo und dem Klopfer. So müssen nacheinander die GM, der Vater und der Doktor auf das Klo. Der Bub wird mit dem Klopfer geschlagen und dann muß er "Eckerl" stehen. Zum Schluß wird der Vater noch in den Waschzuber gestellt, danach kommt wieder der Junge dran. Seine Angst äußert sich noch einmal in der Angst vor dem Krokodil: Der Foxl verkriecht sich vor ihm hinter den Stuhl. Es bedroht nämlich den Hauptort der Geschehnisse. So gibt es keinen sicheren Ort des Rückzugs.

Beispiel 2: Gabriele, 6 Jahre

Die 6-jährige Gabriele war noch nie trocken und näßt jede Nacht ein. Die psychologische Untersuchung ergab einen starken Mutter-Kind-Konflikt In der Situation des Einzelkindes ist sie einerseits stark an die immer beschützen wollende, aber auch fordernde Mutter gebunden, andererseits steht sie in heftiger Opposition zu ihr. So verbietet die Mutter so ziem-

lich alles. Wegen des Symptoms und einem stillen Auseinandergehen der Ehe muß Gaby sogar im Ehebett neben der Mutter schlafen. Tagsüber wird Gaby in einem Kinderheim versorgt von strengen Schwestern, da die Mutter berufstätig ist. So lernt Gaby nur ein System von strengen Regeln kennen, gegen das sie sich stark auflehnt.

Im Scenotest äußert sich die Problematik eindringlich in dem auf den hohen Türmen stehenden Engel und der Kuh, die die ganze Szene beherrschen. Der Engel stellt das Christkindl dar, das von oben zuschaut, die guten Kinder belohnt und die schlechten bestraft. Die Kuh, die sie fasziniert, versinnbildlicht die Stellung der Mutter, der Engel das Über-Ich. Von daher ist es verständlich, daß Gaby sich vor so viel "Über-Ich" schützen muß: Überall baut sie Verstecke auf und stellt Figuren dahinter. So dienen Liegestuhl und Lehnsessel als Versteck, wie auch die turmhohe Barriere. - Überall stellt sie gelbe Hölzchen auf und sagt, wenn einer die umstößt, muß er wieder raus. - Diese Zwänge setzen sich in Zwängen mit dem Klo fort: Ein Mädchen und ein Bub "müssen"aufs Klo, einer muß mitten hinein und wird einfach ins Klo hineingestellt.

Beispiel 3: Peter, 6,3 Jahre

Peter war im 1. Lebensjahr über 4 Monate im Krankenhaus, so daß er Hospitalismus-Symptome aufwies als er wieder mit 8 Monaten nach Hause kam. Auf Grund einer ambivalenten Einstellung zu ihrem Kind gelang der Mutter die Sauberkeitserziehung nicht. Die Eltern reagierten auf das Symptom mit Verwöhnung und übermäßiger Härte. Gelegentlich wird mit dem Kochlöffel geschlagen, besonders der Vater ist mit den Schlägen nicht sparsam.

Im Scenotest verwendet er gleich 5 mal die Vaterfigur. Den

dominierenden Polizisten setzt er auf das Klo: "Der paßt auf, wenn ein Räuber sich anschleicht, dann erschießt er ihn ...". Das Krokodil bedroht den Polizisten in verdächtiger Weise. Typischerweise wagt er es nicht, seine Aggressionen offen auszudrücken.

Außerhalb dieses, vom Konflikt mit der väterlichen Autorität beherrschten Spielfeldes, baut Peter ein burgähnliches Gebilde auf, das eine zweite Form der Reaktion gegen die starke Autorität des Vaters darstellt: den Schutz durch das Einmauern.

7. Analyse der gespielten Szenen im Hinblick auf Konflikte im sozialen Bereich

In diesem Kapitel gehen wir näher auf die in den Spielgestaltungen zum Ausdruck kommenden psychosozialen Zusammenhänge ein.

Uns interessiert dabei, in wie weit eine statistisch vergleichbare tiefenpsychologische Dynamik sich ausdrückt in der Art wie die Kinder mit den Figuren Vater, Mutter und Kinder umgehen, wie sie sich in der Beziehung zur Umwelt sehen, wie sie Familienszenen darstellen und sich Konflikte in dieser familiären Umwelt äußern. Zeigen sich in diesen Selbst- und Familiendarstellungen, in immer wiederkehrenden Spielvarianten, immer wiederkehrende typische Konflikte mit Personen, Hinweise auf die Ursache der Enuresis? Läßt sich dabei ein durchgehender Konflikt erkennen und wie sieht dieser im jeweiligen Einzelfall aus? Ist der Konflikt zum Beispiel immer an die Mutter gebunden als die alleinige Erzieherin, die Sauberkeit fordert, oder gibt es noch andere Störfaktoren, die zur eigentlichen Ursache des Bettnässens werden können?

Diese Fragen sind Voraussetzungen der Existenz dieses Testes und Zweck dieser Arbeit überhaupt. Was den Test angeht, ist diese Frage durch die Autorin positiv beantwortet, sowie durch zahlreiche weitere wissenschaftliche Arbeiten. In unserer Arbeit ist der Aspekt auf die "statistische Vergleichbarkeit" gelegt und auf die Anwendbarkeit auf ein Krankheitsbild. In den bisherigen Kapiteln konnten wir diese Frage im Hinblick auf die triebdynamischen Elemente Angst, Aggression, Regression und Gestaltungskraft und die phasenspezifischen Elemente bejahen.

Um diese Fragen im Hinblick auf Konflikte im sozialen Bereich der Familie beantworten zu können, müssen wir voraussetzen, daß die Ursache der Entstehung der Enuresis auch die Ursache für ihr Fortbestehen ist.
Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind die Patienten schon 3 bis über 10 Jahre krank, wenn man Enuresis ab 3,5 Jahre rechnet. Das Leiden wird bei der psychologischen Untersuchung während der Phase der Fixierung angetroffen, die psychosozialen Konflikte haben sich möglicherweise geändert. Spontanheilungen deuten auf das Wegfallen von krankmachenden Einflüssen hin. Die Tatsache, daß viele Enuretiker therapieresistent sind, ist unbestritten. Auch wenn sich im Kindererlebnishorizont viele Änderungen ergeben, bleibt doch die empfindliche wunde Stelle, die Sensibilisierung erhalten und es genügen kleine Traumata, um alte Konflikte neu zu beleben und die "Wunden" wieder aufreißen zu lassen.

Von den Konstellationen im psychodynamischen Kraftfeld der Familie kann man im allgemeinen sagen, daß sie oft über viele Jahre hin konstant bleiben und wir in einem großen Teil der Fälle annehmen können, daß sie zum Zeitpunkt der Untersuchung noch bestanden. Wir erhielten zwar eine Momentaufnahme von der Erlebniswelt des Kindes, die uns trotzdem ein Bild von den Ursachen der Enuresis vermittelt.

7.1. Quantitative Auswertung der verwendeten Figuren

Um zunächst einen allgemeinen Eindruck von der Spielweise der Enuretikerkinder zu erhalten, untersuchten wir die Spiele nach folgenden Kriterien: Zunächst allgemein, ob in dem jeweiligen Spiel Personen, also Puppen überhaupt vorkommen oder nicht. Daraufhin schlüsselten wir die Spiele mit Puppen auf nach Spielen nur mit Kinderfiguren und Erwachsenenfiguren plus Kinderfiguren. Die verwendeten Erwachsenenpuppen untersuchten wir daraufhin, ob Vater- und Mutterpuppen zusammen vorkommen oder ob Vater und Mutter einzeln erscheinen.

Tabelle Nr.88

	Enuretiker	Vergleichsgruppe
Spiele mit Vätern	8	5
Müttern	5	8
Vätern und Müttern	+45	+32
Erwachsene kommen vor in	58 Spielen	45 Spielen
nur Kinder kommen vor in	+10 Spielen	+ 9 Spielen
Personenspiele	68	54
Spiele ohne Personen	+12	+26
	80	80

7.1.1. Personenspiele, Spiele ohne Personen

Die Enuretiker spielten 68 mal mit Puppenfiguren, die Kinder der Vergleichsgruppe nur 54 mal. Diese unterschiedliche Verteilung ist mit einem Chi^2-Wert von 8,83 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 89

	Enuretiker	Vergleichsgruppe	Summe
Spiele mit Figuren	68	54	122
ohne Figuren	12	26	38
	80	80	160

Wenn wir das Vorkommen von Personenfiguren im Test quantitativ erfassen und die erhaltenen Mittelwerte addieren, erhalten wir folgende Tabelle:

Tabelle Nr. 90

	Enuretiker E Absolutwerte	Vergleichsgr.	Enuretiker : Vergl.gr. Mittelwert	Vergl.gr. Mittelw.:80
Vaterfiguren	118 in 53 Spielen	59 : 37	2,23 : 1,59	1,47 : 0,74
Mutterfiguren	102 in 50 Spielen	66 : 40	2,00 : 1,65	1,28 : 0,83
Kinderfiguren	203 in 59 Spielen	118 : 47	3,44 : 2,51	2,54 : 1,48
			7,67 : 5,75	5,29 : 3,05

Dabei ergab sich folgendes:

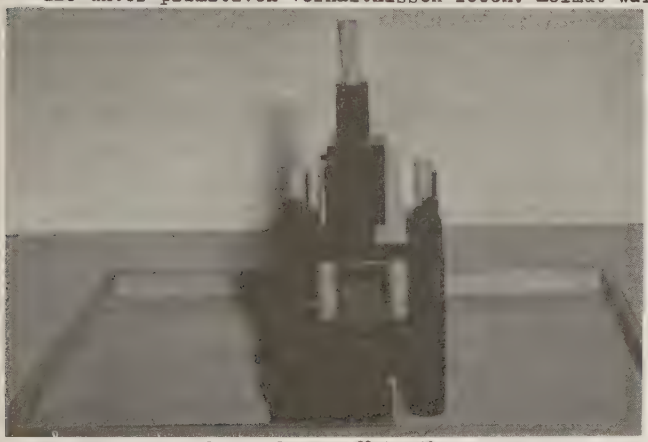
1.) Die Enuretikerkinder spielten mit mehr Personenfiguren als die Kinder der Vergleichsgruppe. Die Mittelwerte für die Spiele, in denen mit Personen gespielt wurde, lauten 7,67 für die Enuretiker und 5,75 für die Nicht-Enuretiker.

2.) Da mehr Enuretiker mit Personen spielten als Nicht-Enuretiker, berechneten wir die Mittelwerte bezogen auf die Gesamtzahl von 80. Sie liegen bei 5,29 für die Enuretiker und bei 3,05 für die Kinder der Vergleichsgruppe.

Da bei der Prüfung mit dem T-Test im Mittelwertsvergleich jede Figur mit einer Signifikanz auf dem 1 %-Niveau häufiger verwendet wurde, werden Personen überhaupt ebenfalls auf dem 1 %-Niveau häufiger verwendet.

Beispiel: Helmut, 10 Jahre

Helmut wächst als zweites Kind von sehr einfach strukturierten Eltern auf, die unter primitiven Verhältnissen leben. Helmut war bisher immer schwächlich, zart und kränklich - mehrmals mußte er schon ins Krankenhaus - und näßt daher immer noch jede Nacht ein. Er ist dabei immer sehr liebebedürftig und läßt sich von seiner Mutter verwöhnen. Den Umgang mit Spielkameraden meidet er und spielt lieber alleine. In der psychologischen Untersuchung zeigt sich eine fast gänzliche Kontaktsperre und eine starke Verkrampfung. Seine zentrale Selbstgefühlsunsicherheit äußert sich in einer fast lahmgelegten Motorik.



Im Scenotest baut Helmut ohne ein Wort zu sagen einen hohen Tempel, wobei er so lange aufstockt bis alle Klötze verbraucht sind. Der Aufbau ist ganz symmetrisch und starr und zeugt von einem ängstlichen Sichabriegeln. Er faßt keine Figuren, Tiere oder sonstiges Material an, was von seinem Kontaktmangel und seinem geringen Umweltbezug ein beredtes Zeugnis gibt.

Wir können daraus folgendes schließen:

Enuretikerkinder spielen wesentlich häufiger mit Personen als dies Kinder der Vergleichsgruppe tun.

Dies läßt sich damit erklären, daß das Enuretikerkind ja sein Symptom häufig als Appell benutzt, als den Appell an eine Person, die ihm fehlt. Das hieße, daß die größere Verwendung von Personen als Wunsch des Kindes gedeutet würde, daß es Menschen braucht. Das Kind würde sozusagen eine spielerische Art der Reaktionsbildung verwenden, verleugnen, daß ihm Menschen fehlen und statt dessen besonders viele Menschen aufbauen.

Dafür spricht, daß nach unseren Anamnesen ja bei 13 Kindern ein Elternteil fehlt, eine Scheidung erfolgt ist oder die Ehe zerrüttet ist. Rechnen wir die 20 Kinder hinzu, von denen wir annehmen, daß sie im 1. Lebensjahr traumatisiert wurden, so sind es 33 Kinder. Diese Kinder sind sicherlich in ihrem Kontakt gestört. Wenn sie Szenen mit vielen Personen aufbauen, kann das entweder bedeuten, daß ihnen an Menschen nichts liegt, daß sie unbe-

teiligt dabeistehen oder daß sie einen unersättlichen Drang nach Menschen haben, die ihnen das geben, was sie in der frühen Kindheit vermißt haben.

Es gibt aber noch eine andere Erklärung. Es kann sein, daß die Enuretikerkinder deshalb mehr Personen aufgebaut haben als die Kinder der Vergleichsgruppe, weil sie so viele Personen kennen. Je mehr Leute und Verwandte in einem Haus verkehren, desto weniger Zeit hat die Mutter für das Kind und desto häufiger wird von der "Krankheit" des Kindes gesprochen werden. Das Kind könnte mit der Darstellung der vielen Personen seine Ablehnung und Angst ihnen gegenüber ausdrücken.

Diese beiden Möglichkeiten können nur eine Auswahl darstellen. Um eine Entscheidung über sie herbeizuführen, müßten die Scenotests und ihre Personen mit den tatsächlich im Leben und in der familiären Umwelt des Kindes vorhandenen Personen verglichen werden. Hier bleibt nur das Ergebnis festzuhalten. Darüber, weshalb es so ist, liegen bisher keine Forschungsergebnisse vor. So hat TOTZEK bei den von ihm untersuchten Gruppen zwar gefunden, daß die Enuretiker für Satzanfang 42 "am meisten vermißte ich..." wesentlich häufiger Vater, Mutter, Eltern oder Geschwister angaben, als die Kinder der Vergleichsgruppe. Es handelt sich bei ihnen aber ausnahmslos um Enuretikerkinder aus Heimen. Hätte man sie mit dem Scenotest untersucht, so hätte die Hypothese geprüft werden können, ob sich diese Sehnsucht auch in einer Erhöhung der Verwendung von Personen im Scenotestspiel gezeigt hätte.

7.1.2. Spiele mit Vaterfiguren

53 Enuretiker spielen mit einer oder mehreren Vaterfiguren während dies bei den Kindern der Vergleichsgruppe nur bei 37 Kindern der Fall ist. Der Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 6,50 auf dem 1 %-Niveau signifikant. In den Spielen der Enuretiker kommen also wesentlich öfter Vaterfiguren vor als bei den Kindern der Vergleichsgruppe.

Tabelle Nr.91

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Es spielen mit Vaterfigur	53	37	90
ohne Vaterfigur	27	43	70
	80	80	160

Dieser Trend bestätigt sich bei der quantitativen Auszählung. In der folgenden Tabelle stellten wir die Anzahl der Vaterfiguren pro Spiel zusammen und führten einen Mittelwertsvergleich durch:

Enuretiker

Vaterfig. pro Spiel (x)	in Anzahl d.Spiele (n_1)	Su	x^2	f_1x^2
1 x	20	20	1	20
2 x	17	34	4	68
3 x	6	18	9	54
4 x	4	16	16	64
5 x	6	30	25	150
	53	118		356

M_1 = 118 : 53 = 2,23 Va/Spiel
M_1 = 118 : 80 = 1,47 Va/Spiel

Vergleichsgruppe

Vaterfig. pro Spiel (x)	in Anzahl d.Spiele (n_2)	Su	x^2	f_2x^2
1 x	26	26	1	26
2 x	3	6	4	12
3 x	6	18	9	54
4 x	1	4	16	16
5 x	1	5	25	25
	37	59		133

M_2 = 59 : 37 = 1,59 Va/Spiel
M_2 = 59 : 80 = 0,74 Va/Spiel

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}} \qquad s^2 = \frac{f_1 x^2}{n} - M^2$$

$t_{(80)} = 3{,}45 \qquad t_{(53{,}37)} = 2{,}57$

Dabei ergab sich ein Mittelwert von 2,23 Vaterfiguren in 53 Spielen, bezogen auf die Gesamtzahl von 80 ein Mittelwert von 1,47 bei den Enuretikern. Bei der Vergleichsgruppe erhielten wir einen absoluten Mittelwert von 1,59 und einen relativen von 0,74. Bei der Prüfung dieser Mittelwertsdifferenzen mit dem t-Test nach der von LIENERT genannten Formel erhielten wir einen absoluten t-Wert von 2,57 und einen relativen T-Wert von 3,45. Beide Werte sind auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Die Enuretikerkinder spielen also wesentlich häufiger mit Vaterfiguren als die Nicht-Enuretiker. Das ist sehr verwunderlich, besonders wenn man bedenkt, daß der Vater in den frühen Lebensjahren im Erziehungsgeschehen keine Rolle spielt. Allerdings könnte es so sein, daß das Kind beim Vater Verständnis sucht, besonders der Junge, nachdem er im 5. Lebensjahr die ödipale Identifikation vollzogen hat. Hier ist allerdings auch besonders an die Kinder aus geschiedenen Ehen und zerrütteten Familien oder solche Kinder zu denken, deren Vater gestorben ist. Diese Kinder sehnen sicherlich den Vater herbei, den sie aus den Familien anderer Kinder kennen.

Die Ursache kann aber auch darin liegen, daß die Identifikation dieser Kinder mit den Vätern besonders stark ist. Wenn die Kinder wären wie der Vater, brauchten sie keinen Liebesentzug der Mutter zu fürchten und in der Folge auch nicht einzunässen. Ihre häufigere Verwendung von Vaterfiguren könnte demnach einem Wunsch entsprechen.

Da aber, wie wir gesehen haben, Enuretikerkinder auch ein stärkeres Über-Ich und Angst vor Strafe haben (dargestellt durch das Symbol des Polizisten), kann die Häufung von Vaterfiguren eine Darstellung des kindlichen Über-Ich sein, zurückverwandelt in die Form, aus der es kam. Das Strafverbot, das das Kind immer in sich hört und dessentwegen es ein schlechtes Gewissen hat, wäre hier symbolisch dargestellt, neben dem eigenen Vater gibt es noch den "Vater des Gewissens".

Dieses Ergebnis stimmt mit den Untersuchungen von TOTZEK überein, der wie schon erwähnt fand, daß die Enuretiker besonders ihre Väter vermissen und ihre bevorzugte Liebe ausdrücken.

1.3. Spiele mit Mutterfiguren

50 Enuretikerkinder spielen mit einer Mutterfigur gegenüber 40 Kindern aus der Vergleichsgruppe. Für diesen Unterschied ergibt sich aus der folgenden 4-Feldertafel ein Chi^2-Wert von 2,25. Er ist nicht signifikant. Wir können also nicht sagen, daß diese Verteilung nicht mit dem Zufall erklärbar ist und die Enuretiker allgemein öfters die Mutterfigur verwenden als Kinder der Kontrollgruppe.

Tabelle Nr. 92

Es spielen	Enuretiker	Vergleichsgr.	Su.
mit Mutterfigur	50	40	90
ohne Mutterfigur	30	40	70
	80	80	160

Bei der zahlenmäßigen Auswertung, also Anzahl der Mutterfiguren pro Spiel zeigt sich aber dennoch ein Unterschied:

Die Enuretiker verwendeten pro Spiel 1,275 mal eine Mutterfigur, die Kinder der Vergleichsgruppe nur 0,825 mal. Dieser Unterschied ist mit einem T-Wert von 2,38 auf dem 2%-Niveau signifikant, aber nur bezogen auf die Gesamtanzahl von 80 Spielen. Beim Vergleich der absoluten Werte ergaben sich Mittelwerte von 2,00 bei 50 Enuretikern und von 1,65 bei 40 Spielen der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied ergibt einen T-Wert von 1,57, der nicht signifikant ist.

Wir können also sagen, daß die Enuretiker insgesamt häufiger Mutterfiguren verwenden als die Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied ist aber nicht so ausgeprägt wie bei der Verwendung der Vaterfiguren. Ferner spielen die Enuretikerkinder, die mit Mutterfiguren spielen nicht mit mehr Figuren als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Tabelle Nr.93

Verwendung von Mutterfiguren

Enuretiker					Vergleichsgr.				
Mutterfig. pro Spiel (x)	in Anzahl d. Spiele (n_1)	Su	(x^2)	(f_1x^2)	Mutterfig. pro Spiel (x)	in Anzahl d. Spiele (n_2)	Su	(x^2)	(f_2x^2)
1 x	22	22	1	22	1 x	25	25	1	25
2 x	12	24	4	48	2 x	6	12	4	24
3 x	8	24	9	272	3 x	7	21	9	63
4 x	8	32	16	128	4 x	2	8	16	32
	50	102		270		40	66		144

$M_1 = 102 : 50 = 2{,}00$ Mu/Spiele $\quad M_2 = 66 : 40 = 1{,}65$ Mu/Spiele

$M_2^1 = 102 : 80 = 1{,}275$ Mu/Spiele $\quad M_2^2 = 66 : 80 = 0{,}825$ Mu/Spiele

$t_{(80)} = \underline{\underline{2{,}38}}$ $\qquad t_{(50/40)} = \underline{\underline{1{,}57}}$

Daß die Mutterfigur nicht seltener auftaucht als bei den Kindern der Vergleichsgruppe, sondern eher häufiger, weist darauf hin, daß die Enuretikerkinder nicht die Mutter selbst vermissen. Sie ist da, besonders wenn das Enuretikerkind seinen Konflikt der Mutter darstellt. Was dem Enuretikerkind fehlt, scheint nicht die Mutter selbst zu sein, sondern eine Mutter, wie es sie sich wünscht. Vielleicht drückt das Kind dieses Bedürfnis nach dem qualitativen Anderssein und quantitativen Mehr, das es von der Mutter erwünscht durch das Symbol der Kuh aus.

7.1.4. Spiele mit Kinderfiguren (ohne Baby)

59 Enuretiker spielen mit Kindern während dies nur 47 Kinder der Vergleichsgruppe tun.

Tabelle Nr.94

Es spielen	Enuretiker	Vergleichsgr.	Su.
mit Kinderfiguren	59	47	106
ohne Kinderfiguren	21	33	54
	80	80	160

Für diesen Unterschied ergibt sich ein Chi^2-Wert von 4,02, der auf dem 5 %-Niveau signifikant ist.

Die zahlenmäßige Auswertung ergab einen noch größeren Unterschied. Es ergab sich bei den Enuretikern ein Mittelwert von Kinderfiguren, die in den Scenos verwendet wurden, von 203 : 80 = 2,54. Da aber nur 59 Kinder mit Kinderfiguren spielten, wird der Mittelwert 203 : 59 = 3,44 Kinderfiguren pro Spiel mit Kinderfiguren. Bei den Nicht-Enuretikern spielten 47 Kinder mit 118 Kinderfiguren, was einen Mittelwert von 2,510 ergibt, bezogen auf 80 Spiele, jedoch einen Mittelwert von 1,475 pro Spiel. Wir prüften die Differenzen beider Mittelwerte mit dem T-Test. Dabei errechneten wir für die Mittelwertsdifferenz bezogen auf 80 Spiele einen T-Wert von 3,31. Er ist auf dem 1 ‰-Niveau signifikant. Enuretikerkinder spielen also wesentlich häufiger mit Kinderfiguren als die Kinder der Vergleichsgruppe.

Beim zweiten Mittelwertsunterschied für die Kinder, die überhaupt mit Kinderfiguren spielen, ergibt sich ein T-Wert von 2,62, der auf dem 1 %-Niveau signifikant ist. Das bedeutet, daß bei den Enuretikern, die mit Kindern spielen, diese wesentlich öfters verwendet werden als in der Vergleichsgruppe.

Wenn wir dieses Ergebnis für die Kinderfiguren betrachten, müssen wir dabei berücksichtigen, daß 20 Kinder ja Einzelkinder sind. Sie sehnen sich vielleicht nach einem Spielkameraden in Form eines Geschwisters. Außerdem wurden in der Gruppe der Enuretiker mehr Kinder als mittlere geboren, als in der Vergleichsgruppe. Dort waren ja eher die ältesten oder jüngsten Kinder betroffen. Das bedeutet für unsere Untersuchung, daß demzufolge die Enuretikerkinder aus 3 - 4 Kinder-Familien häufiger stammen könnten. Dann könnte die häufigere Verwendung von Kinderfiguren aus der realen Familiengröße miterklärt werden.

1.5. Spiele mit der Kombination Vater und Mutter

Wir fragten uns, ob die Enuretiker häufiger Familien darstellen als die Kinder der Vergleichsgruppe bzw. ob sie häufiger Vater und Mutter in ihren Scenotest-Gestaltungen auftreten lassen. Wir erwarteten eigentlich ein umgekehrtes Verhältnis aus der Überlegung heraus, daß Enuretiker einen Mangel an Geborgenheit aufweisen und diesen dadurch ausdrücken, daß sie die Identifikationsfigur entsprechend isoliert darstellen, also ohne umgebende Familie, ohne Schutz der Erwachsenen. Wir fanden die Kombination Vater und Mutter in 45 Spielen der Enuretiker und in 32 Spielen der Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied ist mit einem Chi^2-Wert von 4,24 signifikant.

Tabelle Nr. 95

Kombination Vater und Mutter	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
kommt vor	45	32	77
kommt nicht vor	35	48	83
	80	80	160

1.6. Spiele mit Erwachsenenfiguren

Tabelle Nr. 96

Spiele mit Erwachsenenfiguren	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
kommen vor	58	45	103
kommen nicht vor	22	35	57
	80	80	160

Auch diese Verteilung ist auf dem 5 %-Niveau signifikant und weist wie 7.1.5. darauf hin, daß die Enuretiker wahrscheinlich mehr ihren Wunsch nach Geborgenheit ausdrücken, die sie sich von Vater und Mutter erwarten, und so Erwachsene in ihren Scenotestspielen insgesamt häufiger vorkommen. Eine andere Überlegung wäre die, daß Enuretiker mit ihrer Umwelt in heftigerem Konflikt leben und sich daher stärker mit ihr befassen und sie dann in weit größerem Maße in ihr Spiel einbeziehen.

7.1.7. Zusammenfassung

Wir untersuchten in diesem Kapitel die Frage, ob Enuretikerkinder mehr mit menschlichen Figuren spielen als die Kinder der Vergleichsgruppe. Wir stellten 4 Vergleiche an. Diese bezogen sich auf die Anzahl von Vaterfiguren, Mutterfiguren und Kinderfiguren, mit denen Enuretiker spielen, sowie auf das Vorkommen von Puppen überhaupt.

Wir erhielten dabei folgende Ergebnisse:

1. Enuretikerkinder spielen wesentlich häufiger mit menschlichen Figuren, als die Kinder der Vergleichsgruppe.
2. Enuretikerkinder spielen wesentlich häufiger mit Vaterfiguren.
3. Sie spielen auch häufiger mit Mutterfiguren, doch ist dieser Unterschied nur in geringem Maße signifikant.
4. Sie spielen häufiger mit Kinderfiguren als die Kinder der Vergleichsgruppe.
5. Jedes Enuretikerkind spielt im Durchschnitt mit wesentlich mehr Vater- und Kinderfiguren, als die Kinder der Vergleichsgruppe. Dabei ist der Unterschied zwischen den Mittelwerten beider Gruppen

   a) bei den Kinderfiguren mit 0,94 am höchsten,

   b) bei den Väterfiguren beträgt er 0,64,

   c) bei den Mütterfiguren liegt er mit 0,35 sehr niedrig.

   Der Unterschied ist also bei den Mutterfiguren am geringsten. Er ergab auch keinen signifikanten Wert.
6. Im Durchschnitt spielen die Enuretikerkinder mit 1,92 menschlichen Figuren mehr als die Kinder der Vergleichsgruppe. Bezogen auf alle 80 Kinder liegt der Unterschied sogar bei 2,24.
7. Enuretiker spielen signifikant häufiger die Kombination Vater und Mutter als die Kinder der Vergleichsgruppe, stellen also häufiger Familie dar.

7.2. Qualitative Auswertung

Nachdem wir so zunächst einen allgemeinen Eindruck von der Darstellung der menschlichen Beziehungen der Enuretikerkinder gewonnen haben, indem wir rein quantitative Kriterien anwendeten, versuchen wir in diesem Abschnitt genauere Aussagen von spezifischen qualitativen Merkmalen zu machen.

7.2.1. Verwendung der Kuh als Muttersymbol

Bei der Auszählung der Mutterfiguren (7.1.3.) sahen wir, daß die Mutterfigur längst nicht so von den Enuretikern bevorzugt wird wie die Vaterfigur. Wir vermuteten, daß das Kind das Bedürfnis nach dem qualitativen Anderssein und dem quantitativen Mehr, das es sich von der Mutter wünscht, durch das Symbol der Kuh ausdrückt.

Am Anfang unserer Arbeit führen wir aus, daß die Kuh als Muttersymbol gesehen werden kann, als ein Tier, in das dieselben Eigenschaften projiziert werden wie in die Mutter, und das wie die Mutter spendende Fülle, aber auch bedrohende und bedrückende Macht repräsentieren kann.

7.2.1.1. Quantitative Auswertung der Kuh

Rein zahlenmäßig verwendeten die Enuretiker 50 mal die Kuh, die Kinder der Vergleichsgruppe nur 34 mal. Der Chi²-Wert ist mit 6,417 fast auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr.97

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Die Kuh wird verwendet	50	34	84
nicht verwendet	30	46	76
	80	80	160

Gehen wir von der oben angeführten Hypothese aus, so weisen diese Zahlen deutlicher als die Verwendung der Mutterfigur auf den Konflikt Mutter - Kind hin und auf den Verdrängungsdruck, mit dem diese Beziehung beladen ist.

7.2.1.2. Qualitative Auswertung

Bei der qualitativen Untersuchung stellten wir fest, daß bei den Enuretikern die Kuh wesentlich öfters in das Spielgeschehen mit einbezogen wird als in der Vergleichsgruppe. Die Kinder der letzteren stellten die Kuh wesentlich öfters einfach zu den anderen Tieren, anscheinend ohne jede weitere Bedeutung.

Bei den Enuretikern wird die Kuh 4 mal gemolken, erscheint also die Sehnsucht nach der spendenden Fülle der Mutter. 7 mal wird der Vater zur Kuh gestellt, der sie 2 mal melkt, 2 mal muß er die wild gewordene Kuhbändigen,einmal paßt der Polizist auf die Kuh auf. Diese Kombinationen lassen Rückschlüsse auf das Verhältnis Vater - Mutter zu.

Die Bedrohung durch die übermächtige Mutter stellt sich als Kuh auf einem sehr hohen Turm dar, in der Nachbarschaft des aufpassenden Engels etc. Die auf solche Weise aufgestellte Figur ist nach KNEHR und VON STAABS immer eine Überhöhung. Im Scenotestspiel von Monika steht die Kuh, die nachträglich eingeführt wird, bedrohend vor dem Mädchen, das gerade den Schritt aus dem Haus macht, sinnbildlich für die Lösung von der Familiengemeinschaft, von der Mutter,und dieser wird ihr dann doch verwehrt. Einmal wird die Kuh sogar aggressiv überhöht. Sie wird zum wilden Stier, auf dem die Prinzessin noch reiten muß und so wird kraß die übermächtige, unlösbare Verkettung von Mutter und Tochter aufzeigt,bzw. von Vater und Tochter, als Darstellung des Elektrakomplexes.

Aggressionen gegen die Mutter äußern sich in 10 Fällen. Bei der Kuh kommen Aggressionen gegen das Mütterliche wesentlich leichter zum Vorschein. Sie unterliegen da nicht dem Verdrängungsdruck. 3 mal wird die Kuh außerhalb des Spielfeldes plaziert, 2 mal nur angefaßt und wieder weggestellt, 7 mal wird sie mit wilden Tieren kombiniert, einmal will das Krokodil die Kuh auffressen, 1 mal wird sie überfahren, der Storch beißt ihr die Hörner ab, dann wird sie wiederum mit dem Ausklopfer geschlagen, 2 mal wird sie mit diebischer Freude auf das Klo geschickt, wo ihr zu allem Überfluß der Deckel auf den Schwanz fällt.

Rechnet man alle diese Äußerungen zusammen, so kommt man auf 18 Kinder, die in dieser Weise ihre Aggressionen gegenüber der Kuh ausdrücken; bei den Kindern der Vergleichsgruppe geschieht das nur in 4 Fällen.

Tabelle Nr. 98

Aggressionen gegen die Kuh	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
werden ausgedrückt	18	4	22
nicht ausgedrückt	62	76	138
	80	80	160

Der Chi^2-Wert ist 10,32 auf dem 1 %o-Niveau.

In einem weiteren Kriterium, Kuh im Stall, zeigte sich die Tendenz der Enuretiker, Tiere und vor allem die Kuh abgeschlossen zu halten, sie in ein Gehege zu sperren im Sinne einer allgemeinen Triebabwehr und vielleicht in einer Abwehr des mütterlichen Einflusses. Sie spielten 13 mal diese Kombination, dagegen nur 3 Kinder der Vergleichsgruppe. Diese Verteilung ist bei einem Chi^2- Wert von 6,89 auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 99

Kuh im Stall	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
wird gespielt	13	3	16
nicht gespielt	67	77	144
	80	80	160

7.2.2. Qualitative Auswertung der Verwendung der Mutterfigur

Auch hier sind wir bei der statistischen Auswertung in einem Dilemma. Es gibt so viele Möglichkeiten wie Kinder mit der Mutterfigur umgehen, die Mutter in Spielszenen auftreten zu lassen und sie in Spielhandlungen agieren zu lassen, daß selbst umgangreiche Untersuchungen die Problematik nur schwer erfassen könnten, abgesehen von der Frage der Interpretation, die immer vieldeutig sein wird. So legen wir bei diesen Ausführungen und auch bei den darauffolgenden nur ein sehr grobes Raster an und verzichten teilweise auf einen Zahlenvergleich mit der Kontrollgruppe.

Wie wir bei der Untersuchung der Kuhverwendung sehen konnten, deutet sich bereits da an, wie sehr die Mutterfigur im Brennpunkt des kindlichen Interesses steht. Besonders deutlich waren die Aggressionen, die gegen die Kuh geäußert wurden.

Aggressionen gegen die Mutterfigur zeigen sich seltener, werden aber in Einzelfällen heftig demonstriert. So schleudert im Spiel des Wolfgang der Sohn eine Vase in Richtung der Mutter, die aber im letzten Moment an einer Stuhllehne abprallt. 5 mal muß die Mutter bzw. Großmutter zur Strafe aufs Klo, die Oma wird ins Verließ gesperrt und muß aufs Töpfchen. Im Spiel der Brigitte bekommt die Mutter nichts zum Essen und darf nicht an den Tisch.

In der Kombination Waschzuber und Mutter erscheint die Reinlichkeit fordernde Mutter (KEMPER), in der Kombination Mutter neben dem Klo wieder die eine Leistung, das "Geschäft" fordernde Mutter, in der Mutter mit dem Ausklopfer die strafende Mutter (6 mal gespielt). Im Dienstmädchen mit den Trinkgefäßen auf dem Tablett und der Mutter, die Getränke verteilt, stellt sich die oral verwöhnende Mutter dar. Die enttäuschende Mutter läßt das Baby fallen, wie ein Kind spielt, "dann bekommts eben der Vater!". Die umsorgende Mutter, die Mutter schlechthin stellt sich in der Kombination Mutter und Baby dar, einmal sogar

als aufhebende Mutter, bei der die Mutter das Baby auf den Arm nimmt, um es so vor dem lauernden Krokodil zu bewahren.

Die Kombination Mutter im Liegestuhl / Sessel und Baby / Kind erregte unser besonderes Interesse, vor allem deswegen, weil sie oft so nichtssagend aufgestellt wurde und die Kinder sie nicht interpretierten. 33 mal spielten die Enuretiker diese Kombination und nur 17 mal die Kinder der Vergleichsgruppe. 20 mal bekam die Mutter ein Kind dazu (Baby/Kind) und nur 10 mal in der Vergleichsgruppe.

Tabelle Nr. 100

	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
Mutterfigur wird gespielt	33	17	50
nicht gespielt	47	63	110
	80	80	160

In der räumlichen Anordnung bekam die angegebene Kombination den Platz im hinteren Quadranten. Im Zusammenhang mit dem Regressionssyndrom und der noch zu besprechenden Eifersuchtsproblematik sehen wir in dieser Kombination die Sehnsucht der Enuretiker nach dem paradiesischen Dasein als Säugling an, der Sehnsucht nach ungeteilter, ungestörter mütterlicher Zuwendung, die sicher in jedem Kind vorhanden ist, beim Enuretiker aber in verstärktem Maße auftritt. Ist gleichzeitig bei der Enuresis eine Eifersuchtsproblematik mit im Spiel, so kann diese Kombination ein Zeichen des Neids und ein Hinweis auf das Objekt sein.

7.2.3. Qualitative Auswertung der Verwendung der Vaterfigur

Auf Grund der häufigeren Verwendung der Vaterfigur erregte die qualitative Untersuchung unser besonderes Interesse. Einerseits, so stellten wir fest, kann die häufigere Verwendung einem Wunsch entsprechen, andererseits kann sie ein besonders starkes Über-Ich der Enuretiker ausdrücken.

Wie wir bei der Ausführung des Angstsyndroms sahen, ist das Über-Ich bei den Enuretikern besonders stark ausgeprägt. In unserer Kulturschicht, wo Sauberkeit, Ordnung und Hygiene unerläßliche Voraussetzungen des Zusammenlebens sind, wird die Sauberkeitserziehung besonders streng gehandhabt. Gelingt der resignierenden Mutter nicht, das Kind sauber zu bringen, so stehen bald neben Lob auch Strafen, meist der körperliche Strafvollzug, auf dem Register und der Vater nimmt schließlich "das Heft" der Erziehung in die Hand, was dann in den Selbstanklagen von Eltern bettnässender Kinder so geschildert wird: "Wir haben alles versucht, im Guten, wie im Bösen".

Aggressionen gegen den Vater nehmen einen größeren Raum ein als die gegen die Mutter, vor allem sind sie deutlicher und werden ungenierter gezeigt. Der kleine Hans läßt durch das Krokodil alle männlichen Figuren auffressen, den bösen Mann, den Affen, den Teufel und den Polizisten. In insgesamt 6 Fällen bedroht das Krokodil direkt den Vater, wie im Spiel von Peter, wo zudem der Vater noch zur Strafe aufs Klo gehen muß.

Aber auch umgekehrt wird der Vater als Bedrohung erlebt. Viermal hat der Vater einen Klopfer in der Hand, einmal tritt der Polizist auf und einmal packt der Polizist einen Buben im Genick.

Als Leistung fordernder Vater erscheint dieser viermal mit der Schultafel bzw. 4 mal als Lehrer in der Schule. In der Kombination mit der Kuh soll er diese einmal verkaufen und sogar 2 mal bändigen und ver-

körpert so den Schutz, den sich das Bettnässerkind vom Vater gegenüber einer bösen Mutter erwartet. Einmal wird dem Vater sogar direkt die Pflege des Säuglings übertragen, die böse Mutter läßt ihn fallen, "dann bekommts eben der Vater".

Im Hinblick auf den unsichtbaren Vater MITSCHERLICHS teilten wir die Rolle der vorkommenden Väter ein nach aktiv, im Vordergrund,und passiv, im Hintergrund. Wir fanden überschlagsmäßig ein Verhältnis von 32 : 10, was zwar ganz in diesem Sinne spricht, aber wir können auf Grund der wesentlich häufigeren Verwendung bei den Enuretikern schon sagen, daß der Vater im Leben des Enuretikers, durch das Symptom bedingt, eine wesentlich größere Rolle spielt als im Leben der Kinder der Vergleichsgruppe.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß auf Grund der äußersten Therapieresistenz der Enuresis meist der Vater in einem wesentlich stärkeren Maße als in der Vergleichsgruppe in die Erziehung mit eingeschaltet ist. Die Über-Ich-Verstärkung, Angst und Aggressionen dürften Reaktionsbildungen auf die meist wesentlich härtere Erziehung sein, die anamnestisch meist mit körperlichen Strafen einherging.

7.2.4. Kombination Vater - Mutter und GV - GM

Wie wir in 7.1.5. gesehen haben, spielen die Enuretiker-Kinder häufiger mit der Kombination Vater - Mutter als die Kinder der Vergleichsgruppe. Die Spielkommentare ergeben nur wenige Hinweise auf die Interpretationsmöglichkeiten.

In einer Spielgestaltung entsprach die Darstellung der Familie dem Wunsch nach Geborgenheit. Im Spiel von Brigitte kommen die Großeltern zu Besuch. Die Großmutter hat Früchte mitgebracht. Der Tisch wird gedeckt, die Geschwister und die Eltern dürfen nicht dabei sein. Wenn Brigitte sich bei den Großeltern aufhält, ist sie trocken, kaum ist sie eine halbe Stunde bei der Mutter, so sind die Hosen naß.

Bei einem zahlenmäßigen Vergleich der Verwendung von GV/GM zeigte sich, daß die Enuretiker diese Kombination 16 mal gegenüber nur 5 Spielen der Kinder der Vergleichsgruppe spielen. Der Chi^2-Wert von 6,631 ist auf dem 1 %-Niveau signifikant.

Tabelle Nr. 101

Großvater und Großmutter	Enuretiker	Vergleichsgr.	Summe
werden verwendet	16	5	21
nicht verwendet	64	75	139

Insgesamt verwenden die Enuretiker auch 28 mal die Großmutter gegenüber 9 mal und 26 mal den Großvater gegenüber 8 mal bei den Kindern der Vergleichsgruppe, was ebenfalls auf dem 1 %-Niveau signifikant ist.

Wir interpretieren diese häufigeren Spielkombinationen im Zusammenhang mit Punkt 7.1.5. insgesamt als Wunsch des Enuretikers nach Geborgenheit und Annahme in der Einheit von Vater und Mutter und der ganzen Familie. Verkörpern doch die Großeltern die guten elterlichen Eigenschaften wieWeichheit, Nachsichtigkeit, Zuwendung und Verwöhnung, sind sie auch schon auf Grund ihres Alters etwas über den Dingen des täglichen Lebens stehend und mit dem Bettnäßproblem ihrer Enkel nicht direkt konfrontiert. Auch KÄCHELE fand diese Kombination häufiger und deutete sie als Verlangen nach nahtloser Einfügung in die sie umgebende Gemeinschaft.

Dieser Wunsch nach einer Geborgenheit in der Einheit von Vater und Mutter entspricht ganz unseren Feststellungen von D. II. 3.3. s.S.27 wonach die Anzahl von strengen Vätern und Müttern in der Gruppe der Enuretiker doppelt so groß ist, wie in der Vergleichsgruppe und auch die Beziehung zu ihnen nach D. II. 3.3. s.S.29 wesentlich häufiger gestört ist.

7.2.5. Eifersucht

Ein weiterer wichtiger Anlaß für das Entstehen einer Enuresis erwächst aus der seelischen Belastung, die ein Kind bei der Geburt eines Geschwisterchens erlebt. Hierbei kann die Enuresis als Säuglingsimitation auftreten: das Kind will mit dem Symptom auch weiter seine "Mutterbedürftigkeit" unter Beweis stellen.
Der 6-jährige Peter legte sich in das Bettchen des Brüderchens, imitierte es, indem er lallte und quengelte. Die 8-jährige Brigitte (s.S.52) schlug in das Bettchen des Brüderchens hinein, geriet so außer sich, daß sie weinte und schrie, sie möchte ihre Mutti allein... Jedem Besuch wollte sie das Baby aufschwatzen, sagte man solle es in den Wagen legen und fortfahren. In ihrem Scenotestspiel sind Walter und Gerti, ihre Geschwister nicht da...Im Spiel der Elisabeth(s.S. wird ebenfalls der Bruder von der Tischgemeinschaft verbannt, aufs Klo gesetzt und kriegt auch kein Bett im gemeinsamen Schlafzimmer.

Bei der Untersuchung über die Stellung in der Geschwisterreihe fällt auf (s.S.33), daß "Älteste" in der Enuretikergruppe signifikant weniger sind, als in der Vergleichsgruppe. Dies beweist daß der Faktor Geschwisterrivalität oder Eifersucht scheinbar nicht ausschlaggebend ist. Bei der Analyse der Scenoteste und der Anamnese zeigte sich,daß bei den 13 Ältesten der Enuretikergruppe 11 mal die Geburt des Geschwisterchens mit einer Enuresis acquisita beantwortet worden ist oder ein Sauberwerden in kritischen Phase der Sauberkeitsgewöhnung nicht möglich war. Daraus folgt, daß die Rolle des Ältesten mit einem harten Kampf belastet ist, in dem es nur ein Entwederoder gibt. Entweder er setzt sich durch oder er wird von seiner bevorzugten Position entthront, und reagiert sogleich mit einer Enuresis. Ersteres gelingt ihm wegen seiner besseren Ausgangsposition öfters.

Die doppelte Bedrohung des Mittleren, sowohl durch den Älteren und den Jüngeren zeigt sich in seiner erhöhten Enuresisquote (s.S.33). Bei ihm spielt aber nur in 13 von 22 Fällen eine Eifersuchtsreaktion als Enuresisursache eine Rolle.

Eifersucht drückte sich im den Spielen in 7 Fällen darin aus, daß Geschwister strafweise auf das Klo mußten, dann die Geschwister überhaupt nicht in der gespielten Scene erschienen, dann in der Darstellung von Mutter und Baby das Objekt des Neides präsentierte, die Identifikationsfigur abseits stand, oder sie war daraus zu entnehmen, daß das Baby ausgesetzt wurde, abseits vom Spielgeschehen hingelegt wurde.
Von den 29 Enuretikern, bei denen Eifersucht vorlag, stellten 13 sie in eindringlicher Weise dar, im Gegensatz zu 4 Kindern der Vergleichsgruppe. Dieses Verhältnis ist signifikant auf dem 2-5 %-Niveau.

7.2.6. Selbstdarstellung

Unter Selbstdarstellung verstanden wir die Art und Weise, wie sich das spielende Kind in der Figur, mit der es sich selbst darstellt, auf Befragen hin identifiziert. Gerade hier ist es schwierig, statistisch typische Verhaltensweisen der Identifikationsfigur zu eruieren, sind die einzelnen Spielsituationen in denen sie sich befindet,äußerst

vielfältig. Teilweise wird die Selbstdarstellung durch die bisherigen Kapitel abgehandelt, wie zum Beispiel beim Ehrgeizsyndrom die Figur der Prinzessin.
Ins Auge fallend ist die Identifizierung der Enuretiker mit dem B a b y und mit den Kindern jüngeren Alters. Der 9-jährige Dieter (s.S. 79) identifiziert sich bewußt mit dem Säugling, "weil er es gut hat, und im Kinderwagen herumgefahren wird. - Gar nicht möchte er der Junge mit der Schiefertafel sein, weil der so schwer lernen muß." Christa (s.S.53) identifiziert sich bewußt mit dem "mb", weil es noch nicht in die Schule gehen muß. Weil es das Kleinste ist, will Herbert das Baby sein. Peter möchte der Zwerg sein, der ist so klein und lustig! Monika stellt sich als gefangenes Vögelchen dar.

Insgesamt sind es 19 Enuretiker, die sich nicht altersgemäß identifizieren. 10 wollen das Baby sein, bei den Kindern der Vergleichsgruppe sind es 7 und 3. Dieses Verhältnis ist signifikant mit einem Chi^2-Wert von 6,62 auf dem 1% -Niveau.

Tabelle Nr. 101

Identifizierung mit Kindern jüngeren Alters	Enuretiker	Vergleichsgr.	Su
kommt vor	19	7	26
kommt nicht vor	61	73	134
	80	80	160

Die Selbstdarstellung auf dem K l o weist in typischer Weise auf die anale und urethrale Fixierung hin, wie wir sie im 1.Kapitel ausgeführt haben (s.S.40): Vorkommen 17 mal!
KÄCHELE-SEEGERS fand bei den Enuretikern die häufigere Verwendung der Vulgärlösung "Kindergruppe" = Identifizierung mit spielendem Kind. Wir sahen, daß Kinderfiguren häufiger verwendet werden. Den Wunsch nach nahtloser Integration in die Gemeinschaft entnehmen wir aus diesen beiden Feststellungen. Im Kapitel des Leistungssyndroms zählten wir 9 Kinder mit der Schultafel, und 4 Kinder in der Schule dargestellt Die Kinder beim Essen,Trinken werden im Oralitätssyndrom analysiert, die Kinder auf dem Liegestuhl, im Bett im Regressionssyndrom.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Besonderheit der "Selbstdarstellung" einerseits die Identifizierung der Enuretiker mit dem Baby ist, der Wunsch nach Integration in die Kinder-, Familiengemeinschaft in der Kindergruppe und Familiendarstellung zum Ausdruck kommt, und in der Rolle der Prinzessin, dem Wegschicken der Geschwister der Drang nach besonderer Beachtung und Zuwendung zum Vorschein gelangt. Das Enuretikerkind sieht sich also besonders in der Omegaposition der Familie, als Kleinster, sehnt sich andererseits danach, Baby sein zu dürfen, so im Mittelpunkt der Familie zu stehen, wieder ganz, ungeteilt der mütterlichen Fürsorge teilhaftig zu werden. Indem es sich mit dem jüngeren Kind und vor allem mit dem Baby identifiziert, demonstriert es seinen Wunsch nach Unverpflichtetheit, einem Leben ohne Leistungsanforderung, ohne Schule, dem Wunsch nach dem säuglingshaften, jederzeitigen "Sichgehenlassenkönnen". Durchaus berechtigt kann sich auch der Wunsch des Enuretikers nach Integration in die Kindergruppe und Familie darin zeigen, nicht als Ausgestoßener zu gelten, nicht das schwarze Schaf der Familie zu sein, in das er auf Grund der Therapieresistenz seines Symptom kommt, wenn sich die Eltern zunehmend emotional von dem "unreinen" "noch nicht sauberen" Kind distanzieren, vor allem dann,wenn eine Enuresis diurna vorliegt.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel (7.2.) gingen wir auf die in den Spielgestaltungen erscheinenden psychosozialen Zusammenhänge ein. Trotz unseres nur grob angelegten Rasters zeigte sich ein eindeutiges dynamisches Geschehen, das seinen Brennpunkt in der Beziehung von Mutter und Kind hat. Alle anderen Konflikte und Strebungen leiten sich von dieser primären Bezugsperson ab und sind durch die besonderen Charakteristika der prägenden Faktoren des Bettnässens gekennzeichnet.

1) Wir betrachteten die Kuh in ihrer Eigenschaft als Muttersymbol.
   - Sie wird im Verhältnis von 50 : 34 signifikant auf dem 1%-Niveau häufiger verwendet.
   - Sie brachte zum Ausdruck spendende Fülle, mütterliche Übermacht, aggressive Überhöhung, Bedrohung, signifikant häufiger äußern sich Aggressionen gegen sie.
   - die gehäufte Verwendung der "Kuh im Stall" deuteten wir als Triebabwehr, bzw. Abwehr des mütterlichen Einflusses.

2) In der qualitativen Auswertung der Verwendung der Mutterfigur begegneten wir in geringerem Maße der direkten Aggression gg. sie. An An Mütterfehlhaltungen im Sinne KEMPERS begegnete uns die "strafende Mutter, die oral verwöhnende Mutter, die umsorgende Mutter, die versagende Mutter, die Leistung und Reinlichkeit fordernde Mutter, die beherrschende Mutter, die abwesende Mutter".
   - die Kombination Mutter im Liegestuhl/Sessel und Baby/Kind steht für die Sehnsucht nach ungeteilter, ungestörter mütterlicher Zuwendung oder in speziellen Fällen für die Eifersucht.

3) Die Vaterfigur präsentiert in besonderem Maße die Über-Ich-Problematik. Die häufigere Verwendung der Vaterfigur, vor allem als Arzt, Polizist und GV und die Art und Weise seiner Verwendung als strafender Vater, als bedrohender Vater, als Leistung fordernder Vater, als Objekt der Aggression, als überhöhter Vater, sehen wir als Ursache seiner verstärkten Einschaltung in die mißlungene Sauberkeitserziehung, in die er meist mit harten körperlichen Strafen eingreift. Diese sekundäre Erscheinung steht im Gegensatz zu STAHL, der eine primär gestörte Vaterbeziehung und sekundär gestörte Mutter-Kind-Beziehung fand. Diese Ergebnisse stimmen gut überein mit den Ergebnissen, die 1962 KEARSLEY/SNIDER ET ALII fanden. Sie stellten fest, daß in Familien, in denen Kinder an einer Enuresis leiden, eine stärkere autoritäre Struktur vorliegt. KARCH fand wie wir Enuretiker gehäuft in Familien der Unterschicht, in Familien deren Väter einfache oder Facharbeiter sind und die die Volksschule mit Lehre besucht haben, bei denen also gehäuft autoritäre Strukturen anzutreffen sind.

4) In der Kombination Va/Mu und GV/GM, die beide signifikant häufiger verwendet werden, sehen wir den Wunsch des Enuretikers dargestellt nach Geborgenheit und Annahme in der Einheit von Vater und Mutter, in der Familie.

5) Eifersucht stellte sich in 13 Enuretikerspielen dar, im Gegensatz zu 4 Spielen von Kindern der Kontrollgruppe, signifikant auf dem 2-5 %-Niveau. Sie aktualisiert den Mutter-Kind-Konflikt.

6) Die Enuretiker stellen sich häufiger als"Kinder jüngeren Alters"dar, im Verhältnis 19 : 7, signifikant auf dem 1 %-Niveau. Insbesondere stellen sie sich 10 mal als Baby dar. - Auch hier zeigt sich der Wunsch nach der Unverpflichtetheit des Säuglingsdaseins und der Wunsch nach mütterlicher Zuwendung.
   Die häufigere Verwendung von Kinderpuppen und von Kindergruppen im Spiel betrachteten wir als Wunsch nach der Integration in die soziale Gemeinschaft.

Unsere Untersuchungen des vorliegenden Materials können so die immer wieder geäußerte Ansicht der Störung der Mutter-Kind-Beziehung bestätigen und eindringlich demonstrieren. Es zeigt sich, daß die Mutter-Kind-Beziehung die Kernfrage für das Kind ist, von der sich der Geschwisterkonflikt, die Beziehung zum Vater ableitet. Eng von der Charakteristik des Symptoms, seiner Therapieresistenz leitet sich ein folgerichtiges Geschehen ab. Die Mutter resigniert in der Sauberkeitserziehung, der Vater wird eingeschaltet, seine Autortät kommt zum Tragen, auf dem Weg über Strafen baut sich ein starkes Überich auf, typisch für patriarchalische Erziehungsstrukturen(MEAD), der Arzt wird miteingeschaltet. Zunehmend erfährt das Kind, daß sich die Eltern emotional von ihm distanzieren, daß es in die Außenseiterposition gerät, es die Rolle des schwarzen Schafes übernimmt. Auf diese Situation reagiert es entweder mit Aggressionen, Verwahrlosungserscheinungen oder mit einer Regression auf frühkindliche Lustbefriedigungen, so daß der "Teufelskreis" geschlossen wäre, der circulus vitiosus von Neuem beginnen kann. Als letzte Ursache stoßen wir immer wieder auf das emotionale Klima, wie es in der Krankengeschichte von Brigitte (s.S.53) anklingt. Wir befinden uns im Einklang mit vielen Autoren: CHRISTOFFEL sieht die Enuresis als Ausdruck von Beziehungsstörungen, als Störung des Mutter-Kind-Verhältnisses. Für ADLER ist die Enuresis eine Organsprache, durch die sich das Kind mit seiner Mutter in Verbindung setzt. SCHWIDDER schildert die früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung, die durch Vernachlässigung des Säuglings. mangelnde Liebe oder willkürliches Verhalten zustande kommt. SPITZ spricht vom gestörten Liebesdialog von Mutter und Kind, indem dieses noch nicht bereit ist, auf unmittelbare Lustbefriedigung zu verzichten, die Mutter aus der symbiontischen Beziehung herauszulassen und sie als forderndes Gegenüber zu erleben. KEMPER schildert zahlreiche Fehlhaltungen von Müttern, die zum Störfaktor werden können; in unserer Untersuchung konnten wir diese demonstrieren.

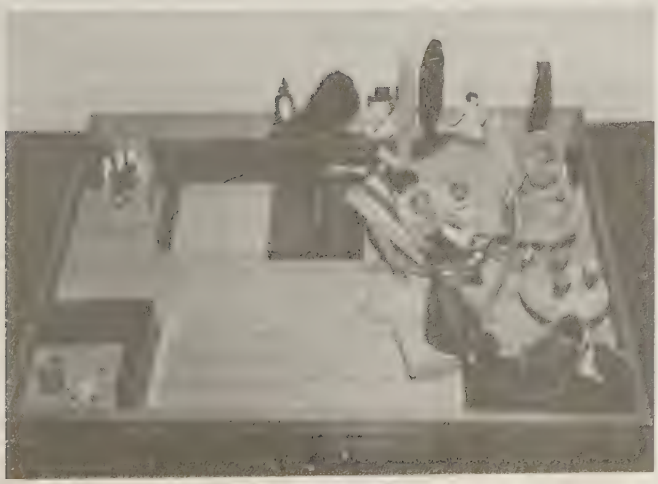
8. Zwei Fallbeispiele als Gesamtbilder und Beispiele einer umfassenden Interpretation.

Beispiel 1: Monika, 6 1/2 Jahre

Die 6 1/2 jährige Monika wächst in der Position des jüngsten Kindes heran und hat es schwer sich gegen ihre zwei älteren Brüder durchzusetzen. Sie näßt erneut mit 3 1/2 Jahren ein, als sie ganztägig in den Kindergarten mußte, damit die Mutter eine Stelle annehmen konnte. Die Mutter, die ihr Elternhaus schon sehr früh verlor, schaffte aus einer ängstlich unsicheren Grundhaltung heraus die Sauberkeitserziehung nicht, obwohl oder gerade weil sie sich verstärkt darum bemühte. So vermag sie auch ihrer Tochter nicht die nötige Geborgenheit zu vermitteln und so ihrer Tochter einen sicheren Rückhalt zu geben.
Im Scenotest baut sie ein kleines Haus und versichert ängstlich: "Mein Haus fällt schon nicht um... Es steht ganz im Mittelpunkt und umgibt mit seinen hohen Mauern einen Jungen, der ganz allein Hausaufgaben macht - es ist der Bruder Peter. An zentraler Stelle steht hier also wieder die Leistungsthematik, die Geschwisterrivalität und die ängstliche Absicherung vor dem Symptom dargestellt: Hinter dem Jungen steht das Klo und auf der anderen Seite das Töpfchen, wie es typisch ist für ein Kind mit einer Enuresis diurna, bei dem es wichtig ist, immer schnell zum Klo zu kommen. - Eine Schale mit Obst auf dem Tisch deutet auch die orale Seite an, die wie wir sahen, beim Bettnässer so häufig stark betont ist. Ausdrücklich kommt es Monika darauf an, daß das Haus offen ist fürs Hineingehen unddas Hinausgehen. Bewußt identifiziert sie sich mit der Prinzessin, die außerhalb des Hauses steht, was ihr Selbstständigkeitsstreben anzeigt, aber

auch das Bedürfnis eine Sonderstellung einzunehmen, wie sie auch meint, daß es der Hund nicht gut hat, weil er angebunden ist. Die Kuh wird erst nach der Endemeldung hinzugestellt, neben die Pz. Also auch als großgewordenes Kind kann sie auf die Dauer noch nicht auf die ganz enge Bindung an die Mutter verzichten. - Als sie die Tiere in den Hof stellt, vergewissert sie sich, daß das Krokodil nicht im Hof ist. Den Waschbottich meint sie, stellen wir in den Garten, meine Mutti wäscht auch immer im Garten. Unbewußt identifiziert sie sich mit dem Baby im Liegestuhl, das auf der linken Seite zum Stehen kommt, "es hat es am schönsten" sagt sie dazu. Anscheinend sehnt sie sich nach dem unbeschwerten Dasein des Babys, das noch keine Pflichten hat so wie der Junge vor der Schultafel.

Hier haben wir also wieder mehrere typische Elemente des Enuretikerspiels in einer Szene vereinigt: Das zentrale Leistungsthema in Form des lernenden Jungen, der Angstabsicherung vor dem Symptom, der Angst vor Tieren, die Umgrenzung mit hohen Mauern, der Geschwisterkonflikt, der Regressionswunsch zusammen mit der Leistungsabwehr, die Spannung zwischen Entwicklungstendenz, sogar Fortlauftendenz und der konflikthaften Mutterbindung, und die geltungsbedürftige Darstellung als Prinzessin an zentraler Position.



Beispiel 2: Elisabeth, 8 Jahre

Elisabeth wurde in eine besondere Verwöhnungssituation hineingeboren. Die ängstliche, auf peinliche Ordnung bedachte Mutter ersehnte sich besonders einen Sohn. Sie konnte ihr Kind nicht stillen und riß es bereits früh mit 9 Monaten aus der Geborgenheit des Säuglingsdaseins durch eine rigide Sauberkeitserziehung, die aber erst mit 2 1/2 Jahren endgültig gelang. Mit 4 Jahren begann Elisabeth erneut einzunässen. Vorausgegangen war die Geburt von Thomas, ihrem jüngeren Bruder, auf den sie mit starker Eifersucht reagierte. Auslösendes letztes Moment war eine Adenotomie und eine Nervenkrise der Mutter. Seit dieser Zeit bereitete Elisabeth in zunehmenden Maße Erziehungsschwierigkeiten. Sie schlief nachts unruhiger, hatte oft Angstträume und begann mit Nägelkauen.

Im Scenotest kommt diese Problematik deutlich zum Ausdruck. Thomas wird von der Familiengemeinschaft verbannt, wird auf das Klo geschickt. Der danebengelegte Klopfer gibt einen weiteren Hinweis auf ihre Eifersucht gegen den jüngeren Bruder, aber auch einen Hinweis auf die Erziehungsmaßnahmen, die gegen das Bettnässen in dieser Familie ergriffen werden, in dieser deutlichen Assoziation Klo + Klopfer. Des weiteren bekommt das Brüderchen auch kein richtiges Bett zugeteilt: "Der schlaft da hinten, hinterm Bett".
In dieser Darstellung eines Schlafzimmers drücken sich ihre starken regressiven Wünsche aus, sowie auch die nicht altersgemäße Verwendung von Zwerg, Engel und Schneemann, als auch die Verwendung des Fells unter dem Liegestuhl daraufhinweist. Die orale Fixierung zeigt sich in der Darstellung des Tisches mit den Trinkgefäßen und vor allem in der Speisekammer vorne rechts.

Die Enttäuschung gegenüber der Mutter drückt sich in starken Aggressionen gegen sie aus. Die Mutterpuppe fällt durch unsanftes Agieren aus dem Stuhl, wird unsanft wieder zurückgesetzt, fällt aber immer wieder aus dem Sessel: "Bleib Du endlich hocken Du Mamma!"sagt sie ganz ärgerlich. Anders wagt sie ihre Aggressionen nicht auszudrücken, wie sich auch ihre Aggressionshemmung darin ausdrückt, daß sie einigemale das Krokodil anfaßt und es wieder zurücklegt.

Zusammenfassend läßt sich an diesem Fallbeispiel hervorheben, wie ein Kind auf Grund einer Vorschädigung in der oralen Phase auf eine starke Belastungssituation hin, der Geburt eines Brüderchens, in eine oral-regressive Haltung ausweicht und sich diese Elemente im Scenotest wiederspiegeln.

F. Zusammenfassende Diskussion

In der vorliegenden Arbeit werden 80 Scenotestspiele bettnässender Kinder und 80 Spiele erziehungsschwieriger Kinder ausgewertet und verglichen. Es wird nachgewiesen, daß die Enuretiker in der Verwendung des Spielmaterials, in der Spielgestaltung und in der Darstellung von Konflikten Gemeinsamkeiten aufweisen, an Hand derer sich ihre Spiele von den Spielen der erziehungsschwierigen Kinder unter Verwendung statistischer Prüfverfahren unterscheiden lassen.

Material: Die 160 Spiele stammen von Kindern, die inden Jahren 1959 - 1968 die "Psychosomatische Beratungsstelle für Kinder bei der Universitätspoliklinik München"aufgesucht hatten. Filmdias, Auswerteschema und Testprotokoll dokumentierten die Spiele.

Statistische Methode: Die Untersuchungen führten wir bei beiden Gruppen, die sich in ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung entsprachen gleichermaßen durch und prüften die so erhaltenen unterschiedlichen Merkmalsverteilungen mit der Chi^2-Testmethode. Mittelwertsdifferenzen berechneten wir mit Hilfe des t-Testes nach der Formelangabe von LIENERT.

Methode: Im Zusammenhang mit der umfassenden psychologischen und medizinischen Untersuchung, bestehend aus biographischer Anamnese, Verhaltensbeobachtung und Testbatterie werteten wir die Scenotestspiele mit Hilfe eines von uns entwickelten Schemas aus. Zunächst erfaßten wir die Spielelemente rein zahlenmäßig. Dann untersuchten wir sie auf ihren Symbolgehalt und sahen uns die Kombinationen von Personen, Tieren und sonstigen Spielelementen auf ihre Konfliktgestaltung an.
An Hand der gängigen Modelle über Ätiologie und Pathogenese der Enuresis ordneten und interpretierten wir die so gewonnenen Ergebnisse nach dem phasenspezifischen Aspekt in orale, anale und phallische Elemente, nach dem triebdynamischen Aspekt in Hinweise auf Angst, Aggression, Regression und nach dem sozialen Aspekt in Konflikte mit Mutter, Vater und Geschwister.

Ziel und Zweck dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, daß der Scenotest auf Grund von typischen Spielgestaltungen bettnässender Kinder geeignet ist, entscheidende Einblicke in Ätiologie und Pathogenese zu geben.

E r g e b n i s s e :

Bei der Diskussion lösen wir uns von der strengen Gliederung der Arbeit. An Hand des Entstehungsmodells der Enuresis von KEMPER und DÜHRSSEN bauen wir unsere Ergebnisse in das entwicklungspsychologische Phasenmodell FREUDS ein, und vergleichen sie mit den bisher gewonnenen Ergebnisse über Ätiologie und Pathogenes der Enuresis.

In Übereinstimmung mit KEMPER sehen wir das Bettnässen als eine nicht bewältigte psychosoziale Anpassung an. Das Kind, bisher physiologischer Einnässer und Einkoter, kann sich nicht mehr in paradiesischer Möglichkeit in ungestörter Lustbefriedigung jederzeit gehen lassen. Am Übergang von der oralen zur analen Phase muß es lernen seine Schließmuskeln zu beherrschen, den unbedingten Blasenreflex des Säuglings willkürlich zu steuern, so daß die Blasenentleerung zum bedingten Reflex wird, der sowohl dem Bewußtsein, als auch dem Unbewußten ganz unterstellt ist. Die starke Beteiligung des Unbewußten an diesem Lernvorgang erklärt die Schwierigkeit und das relativ häufige Mißlingen. Durch die "umweltbedingte" Ausscheidungsfixierung wird der Blasenerziehung eine weit größere Beachtung gezollt, so daß die Sauberkeitserziehung nach KEMPER zum Urmodell der psycho-sozialen Einordnung wird. Mit der Forderung der Sauberkeitsgewöhnung wird die Mutter-Kind-Beziehung auf eine Probe gestellt: das Kind muß die Mutter aus seiner symbiontischen Beziehung

herauslassen (SPITZ) und erlebt sie als forderndes Gegenüber. Es muß der Mutter zuliebe auf anale und urethrale Lustbefriedigungen und Bequemlichkeiten verzichten, der Mutter zuliebe etwas von seinem Besitz abgeben. Es ist nur dann dazu bereit, wenn es neuen Lustgewinn = Kompensationsgewinn in der Außenwelt erlangt in der Form von Anerkennung und Lob der vollbrachten Leistung.

Nach BIERMANN wird die Sauberkeitserziehung nur in einer verläßlichen Mutter-Kind-Beziehung gemeistert. Nur diese kann das Kind dazu befähigen, den Konflikt zwischen sich und der Mutter befriedigend zu lösen. Das Hin- und Herpendeln zwischen willkürlicher und unwillkürlicher Blasensteuerung kann als Ausdruck dieses ungelösten Konfliktes gelten, in dem sich das Tag-und-Nachtnässende Kind ständig befindet und das allein nachts einnässende Kind auf Grund der nächtlichen Regression nur zeitweise.In der Literatur weisen zahlreiche Autoren auf eine Störung der Mutter-Kind-Beziehung. SCHWIDDERS Ergebnisse besagen, daß die Enuresis durch eine besonders früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung zustandekommt, bedingt durch Vernachlässigung, mangelnde Liebe oder willkürliches Verhalten.

Im Kapitel E II 7 gingen wir auf die in den Spielgestaltungen erscheinenden psychosozialen Zusammenhänge ein. Es bestätigte sich eindeutig dieses dynamische Geschehen, das seinen Brennpunkt in der Beziehung von Mutter und Kind hat und zum Ausgangspunkt unserer weiteren Überlegungen wurde.

Entsprechend den zahlreichen mütterlichen Fehlhaltungen KEMPERS konnten wir solche in der Verwendung der Mutterfigur und deren Ersatzsymbol der Kuh nachweisen. Starke Aggressionen gegen das Mütterliche und ein starker Wunsch nach mütterlicher Umsorgtheit hielten sich die Waage. Eindeutig sind auch viele andere Spielmerkmale und Spielscenen auf diesen zentralen Konflikt ausgerichtet, wie z.B. im Regressionssyndrom die Verwendung des Babys, im Oralitätssyndrom die Kombination von oralen Symbolen und der Mutterfigur. In den direkten Hinweisen auf die Enuresis spielt in der Verwendung des Klos die Mutter eine große Rolle, wie auch in der "Eifersuchtsproblematik und in der Selbstdarstellung des spielenden Kindes sich alles um das eine Kernproblem dreht.

Da jede Neurose in irgendeiner Weise auf den "Urkonflikt zwischen erster Beziehungsperson und Kind" zurückgeführt werden kann, sagt uns diese Feststellung erst im Zusammenhang mit weiteren zusätzlichen Ergebnissen etwas Spezifisches über die Enuresis. Hier hilft uns die Einführung des entwicklungspsychologischen Aspekts weiter. Das Lustprinzip der Psychoanalyse verfolgt ein Wandern der Libido vom oralen und analen über den phallischen zum genitalen Bereich, über eine zwischengeschaltete "urethrale" Phase (ABRAHAM). Ordnet man die spezifisch wichtigsten kindlichen neurotischen Störungen nach diesen Etappen der Entwicklung und Reifung ein, so steht die Enuresis am Übergang von der oral-captativen Phase zur anal-urethralen, in der man die Blasenbeherrschung erwartet und bei deren Ausbleiben man von "Enuresis" spricht (SCHULTZ-HENCKE, WIESENHÜTTER, BIERMANN). Je nachdem welche Erlebnisqualitäten die Enuresis bestimmen, wann eine Fixierung oder Regression eingetreten ist, herrschen mehr Elemente der oralen, der anal-urethralen oder der urethral-phallischen Phase vor, wie auch verschiedene Begriffe für die Enuresis geprägt wurden: Enuresis als Regression auf das Säuglingsalter (STEKEL), Enuresis als Harntriebhaftigkeit, als Uropolemie und Urophilie (CHRISTOFFEL), Enuresis als narzißtisches Onanieäquivalent (FREUD, SADGER, STEKEL). Entsprechend den Voraussetzungen dieser Arbeit (s.S.2) werteten wir den Scenotest phasenspezifisch aus. In der Gesamtschau der so gewonnenen Ergebnisse entsprechen der o r a l e n P h a s e folgende Spielmerkmale und Syndrome:

Im Oralitätssyndrom untersuchten wir Spielelemente, die in direkter Beziehung zur Nahrungsaufnahme standen: Enuretiker stellen signifikant häufiger Essenszenen dar (vglch.MALMIVAARA,KOLHO S.38), fressende oder trinkende

Tiere dar, äußern Essenswünsche im Spielkontext, Obst verwenden sie häufiger und stellen vor allem mehr Trinkgefäße auf. 25 Enuretiker zeigten keinen Hinweis auf Oralität, gegenüber 55 Kindern der Vergleichsgruppe (sign. auf dem 1%-Niveau). In den oralen Scenen beider Gruppen überwogen bei den Enuretikern die Hinweise auf "starke Oralität", während bei den Nichtenuretikern häufiger wenige Oralitätszeichen auf schwache Oralität schließen lassen.

Im Regressions- bzw. Passivitätssyndrom betrachteten wir Spielelemente, die einem Wunsch nach Umsorgtwerden durch die Mutter entsprechen und die Sehnsucht nach der passiven Phase ausdrücken. Signifikant häufiger stellten wir eine Linksausrichtung der Scene, eine häufigere Verwendung des Engels, des Babys, des Fells und von Schlaf- bzw. Sitzszenen fest. Fast alle Enuretiker zeigten Anzeichen von Regression auf (im Verhältnis von 78 : 57 zu den Kindern der Vergleichsgruppe); bei den hohen Werten für Passivität (4-5 Zeichen) ist das Verhältnis 36 % zu 4 %, 1%-Niveau. Die Bettnässerkinder sind also zu einem Drittel stark regrediert.

In der häufigeren Verwendung der Kombination Mutter und Baby sehen wir besonders stark die Sehnsucht des Enuretikers nach frühkindlicher Umsorgtheit bestätigt. Im Kapitel "Selbstdarstellung" zeigt sich in der häufigeren Identifikation der Enuretiker mit den Figuren jüngeren Alters, insbesondere mit dem Baby die "Leistungsverweigerung" demonstriert, dem Wunsch nach dem säuglingshaften "Sichgehenlassenkönnen". Eifersucht auf das jüngere Geschwister läßt im Kind ebenfalls im Sinne einer Identifizierung den Wunsch nach der besonderen und alleinigen Liebeszuwendung erwachen.
In den Schutzbauten und Umgrenzungen des Angstsyndroms riegelt sich der Enuretiker vonder Umwelt ab, sucht den Schutz vor der feindlich erlebten Umwelt. Im Zusammenhang mit der häufigeren Verwendung des Fells und von Schlafszenen bestätigt sich hier die "Regressins- und Wärmetheorie". Nach ihr sei das Bettnässen verständlich als Rückschritt auf jene Vorstufe fötalen Daseins, in der der Mutterleib bergende feuchtwarme "Heimat" bildete, die nun im Bett erhalten und wiederhergestellt wird.

Phaseneinteilung der Enuresis:

1) Enuresis als orale Fixierung:
Die so gewonnenen Ergebnisse und Hinweise auf die starke Betonung von Elementen der oralen Phase bei Bettnässerkindern stützen die These, daß bei den Enuretikern bereits die frühe Säuglingsphase gestört ist, im Sinne einer "oralen Stigmatisation" KEMPERS = Fixierung. Das Kind kommt dann vorgeschädigt in die anale Phase, ist den Anforderungen der Sauberkeitserziehung nicht gewachsen und wird nicht trocken. (s.S. 24 Heimkinder, Traumatisierg.)

2) Enuresis als Regression auf die orale Phase:
Ebenso ist es möglich, daß ein in einer späteren Phase einsetzendes Trauma (auslösender Faktor KEMPERS) eine Regression auf die orale Phase erzeugt hat im Sinne einer säuglingshaften Enuresis, als regressiver Flucht vor der grausamen kalten Welt in die warme Geborgenheit einer durch Einnässen selbst herrlich wiederhergestellten frühkindlichen Welt (KEMPER).

3) Enuresis als anale Fixierung:
Ein später einsetzendes Trauma kann auch zu einer Fixierung in der analen Phase führen. Hierzu zählten wir die aggressive Enuresis (s.S.15), oder die Enuresis, die dem Wunsch entspricht, sich einmal gehen lassen zu dürfen, einmal nicht unter dem Zwang der festen Zeiten fordernden Eltern stehen zu müssen (s.S.17).

Zur a n a l e n P h a s e zählen besonders die im Kapitel 1 analysierten "direkte Hinweise auf die Enuresis", in dem wir die Vorgänge untersuchten, die sich mit dem und um das Klo bzw. das Töpfchen abspielten. Signifikant häufiger spielten die Enuretiker mit dem Nachttopf, dem Klo, dem Schwein und der Kombination Waschzuber und Mutter: Dies demonstriert

die starke Fixierung auf das Symptom. Für die Hälfte (38 = 47%) der von uns untersuchten Enuretiker scheint die Enuresis als ein so starkes Problem angesehen zu werden, daß sie sich damit beschäftigen. Darin kann sich ausdrücken der Apell an die Eltern sich dem Kind zuzuwenden, oder es kann sich darstellen, was sie lustvoll erleben. Im Agieren mit dem Klo ergeben sich oft direkte Hinweise auf das zentrale Konfliktgeschehen, so daß dieses Spielelement wie bei keiner anderen Verhaltensstörung und wie bei keinem anderen Testverfahren,Einblick zu geben vermag in den zugrunde liegenden Konflikt im Sinne einer "Schlüsselsituation" (MELAMED-HOPPE). So demonstriert sich das Außenseiterproblem des Enuretikers, die Handhabung der Sauberkeitsproblematik,der Erziehung, sowie sich alle anderen Syndrome mit der Kloverwendung kombinieren können: Aggression, Oralität, Leistung,Angst.

Die a n a l e P h a s e wird auch anal-sadistische Phase genannt. In ihr kommt der Aggression eine besonders hervorgehobene Bedeutung bei. Der aggressive Protest gegen erzieherische Eingriffe äußert sich oft gegen zu frühe und zu starre Sauberkeitserziehung, er steht dem regressiven Verhalten gegenüber. Die Ambivalenz beider Möglichkeiten bestimmt die Konfliktsituation in dieser Krise. Christoffel wies folgerichtig auf die Urophilie und Uropolemie hin, dem regressiven Moment des lustvollen Sichverströmens und dem aggressiven Anurinieren. Auf die besondere Aggressivität der Enkopretiker sei nur hingewiesen, wie auch die häufige Koppelung von Enuresis und Enkopresis.(s.a. Fallbeisp. S.85)

Im Aggressionssyndrom zählten wir die Verwendung von Krokodil, Ganter und Fuchs aus, in denen sich am eindeutigsten Aggression manifestierte. Bei allen 3 Elementen ergaben sich signifikant höhere Werte in den Spielen der Enuretiker. Bei den Aggressionszeichen pro Spiel verwendeten die Enuretiker wesentlich häufiger 2 oder 3 Zeichen.
Im Kapitel "Verwendung der Mutter- und Vaterfigur" zeigen die Enuretiker ebenfalls häufiger und heftigere Aggressionen.

Dem Wunsch, sich einmal gehen lassen zu dürfen, dem mangelnden Ordnungserleben, der aggressiven Ordnungsüberschreitung entsprechen zwei Zeichen: Einmal das kleinkindhafte Spiel, in dem Spielelemente wahllos aneinandergereiht werden, und die Rahmensprengung, die bei Enuretikern signifikant häufiger vorkommt.

4) Enuresis als spezifischer Ausdruck der urethralen Phase:

Die Einordnung der urethralen Phase einmal in die anale Phase , das andere Mal in die phallische Phase entspricht ganz ihrer Zwitterstellung (ABRAHAM). SCHULTZ-HENCKE sieht sie als Untergruppe bzw. als Brücke zwischen analer und phallischer Phase, die jedoch zwei spezielle Erlebnisunterschiede aufweist zum analen Bereich: Einerseits das "Sichverströmen" und andererseits das Anklingen von Geltungstrieb und Ehrgeiz. KEMPER differenzierte die urethrale Thematik durch die 3 Kriterien: Leistung, Willkür und Hingabe. So fällt die mit der Sauberkeitserziehung verbundene Leistungsproblematik zwar primär in die urethrale Phase. Auf Grund ihrer Qualitäten kann die Leistung jedoch mehreren Phasen zugeordnet werden: der analen Phase, wenn sie mehr Merkmale des Besitzes, des Wertvollen ausdrückt, der urethralen Phase, wenn sie das Sprühende, Spritzige, Brillante erscheinen läßt, der phallischen Phase, wenn sie die Eigenschaft des Imponierenden darstellt, die dem phallischen Machtausüben und Selbstdurchsetzen entspricht. Wir verzichteten daher auf die Zuordnung von Syndromen zur urethralen Phase.

5) Enuresis als Ausdruck einer Störung in der phallischen Phase:

Das phallische Syndrom unterteilten wir in Leistungssyndrom, Ehrgeizsyndrom, Hinweise auf Motorik und die Rahmensprengung.
Im Leistungssyndrom untersuchten wir die Verwendung der Schultafel, die in einem Verhältnis von 19 : 4 häufiger auf dem 1 ‰-Niveau verwendet wurde, und zeigt wie sehr die Blasenfixierung des Enuretikers in eine sublimierte Leistungsfixierung übergegangen ist. Bei einem Vergleich der Materialver-

wendung erwies sich, daß die Enuretiker wesentlich mehr mit Personen, Tieren und Bausteinen umgehen, also mehr Scenen, Kobinationen spielen. Man kann diese Tatsache auch als Hingabeäquivalent auffassen, vor allem da Enuretiker auch wesentlich häufiger Blumen und Beete verwendeten.
Im Ehrgeizsyndrom zeigten wir, daß die männlichen Bettnässer wesentlich mehr Türme und hohe Bauten aufstellen, die Mädchen dagegen mehr zur Figur der Prinzessin greifen. Beide äußern so ihren Geltungsdrang, ihren phallischen Narzißmus. Als Willküräquivalent kann man die häufigere Rahmensprengung der Enuretiker auffassen und die Tatsache, daß Enuresis und Verwahrlosung einander ablösen können im Sinne einer Symptomverschiebung.

Mit eine der Hauptaufgaben der phallischen Phase stellt die Bewältigung des Ödipuskonfliktes dar. Aus dem bisherigen Zweierkontakt mit der Mutter muß sich das Kind lösen. Es entwickelt sich ein Dreierkontakt zu dem mehr ins Bild tretenden Vater und die Gruppenbeziehung zu den Geschwistern und Spielgefährten.

Die häufigere Verwendung der Vaterfigur und die Art der Verwendung, als bedrohender Vater, als strafender Vater, als Objekt der Aggression bei den Enuretikerknaben und gewünschter Vater bei den Mädchen, sehen wir als Folge seiner Einschaltung in die mißlungene Sauberkeitserziehung. Die Überichverstärkung und die wesentliche Verstärkung des Ödipuskonfliktes führt zu einer verstärkten Angstproblematik:
Im Angstsyndrom untersuchten wir 5 Merkmale: Polizist, Ausklopfer, Angstäußerung vor Tieren, Umgrenzungen und Schutzbauten, die alle signifikant häufiger von Enuretikern verwendet werden. Bei der Einteilung in Kategorien zeigte sich, daß Enuretiker zu 56 % in den oberen zu finden sind, die Kinder der Vergleichsgruppe zu 9 %. Im Hinblick auf die Gruppenbeziehung, die Beziehung zu Geschwistern und Spielgefährten fanden wir die Betonung des Wunsches nach Kontakt, indem Enuretiker häufiger Kinderfiguren und Kindergruppen im Spiel verwenden, aber auch eine starke Eifersuchtsproblematik, die die ambivalente Einstellung des Enuretikers auch in diesem Punkt beleuchtet und bei einer Enuresis acquisita Aufschluß über den auslösenden Faktor (KEMPER) geben kann.
In der Kombination Va/Mu und GV/GM, beide häufiger verwendet, sehen wir den Wunsch des Enuretikers nach Geborgenheit und Annahme in der Einheit von Vater und Mutter , der Familie geäußert.

Die in dem letzten Abschnitt aufgeführten Ergebnisse sehen wir mehr als sekundärneurotische Faktoren an (strukturierender und chronifizierender Faktor KEMPERS) bedingt durch die Therapieresistenz des Symptoms. Diese prägt auch das ganze übrige Familienmilieu des bettnässenden Kindes, mit den wechselseitig gestörten innerfamiliären Beziehungen zwischen Kind, Eltern und Geschwistern. Das Kind gerät zunehmend in die Rolle des Prügelkindes, von dem sich die Eltern emotional distanzieren und es nicht mehr spontan annehmen (BIERMANN), wie wir auch im Anamnesenteil der Arbeit finden konnten, daß die Enuretiker häufiger strenge Väter und Mütter haben (s.S.27).

In einer Gesamtschau der Ergebnisse beobachteten wir bei den Scenotestspielen der Enuretiker eine starke Betonung der oralen Phase. Im Vergleich dazu traten die anale und phallische Phase weniger stark hervor. Stellen wir dies er Einteilung der Enuresis in Enuresis nocturna, nocturna und diurna, diurna bei uns im Zahlenverhältnis von 57 : 15 : 8 gegenüber, so können wir annehmen, daß die Enuresis nocturna mehr als "Regression auf das Säuglingsalter" zu interpretieren ist und die Enuresis diurna als Harntriebhaftigkeit, Uropolemie oder Urophilie, oder als narzißtisches Onanieäquivalent (FREUD).

So kann der Untersucher in der Praxis mit Hilfe dieser Ergebnisse im Einzelfall besser erkennen, welche Art von Enuresis vorliegt und seine Therapie entsprechend darauf einstellen.

Kurzzusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden 80 Scenotestspiele bettnässender Kinder mit 80 Spielen erziehungsschwieriger Kinder ausgewertet und verglichen. Die sich ergebende unterschiedliche Merkmalsverteilung wurde statistisch überprüft.
An Hand gängiger Modelle über Ätiologie und Pathogenese der Enuresis interpretierten wir die so gewonnenen Ergebnisse und ordneten sie nach dem phasenspezifischen Aspekt in orale, anale und phallische Elemente, nach dem triebdynamischen Aspekt in Hinweise auf Angst, Aggression und Regression, nach dem sozialen Aspekt in Konflikte mit Mutter, Vater und Geschwister.

Es ergab sich ein zentrales dynamisches Geschehen, im Konflikt Mutter-Kind mit einer starken Betonung der oralen Phase. Die Fixierung des Enuretikers auf die anale Phase bestätigte sich mit der wesentlich häufigeren Verwendung des Puppenklos und mit dem Hervortreten der aggressiven Eigenschaften des Bettnässers. Urethrale Phasenäquivalente klangen in der Leistungs-, Ehrgeiz- und Willkürproblematik an. Bedingt durch die Therapieresistenz des Bettnässens erleben die Enuretiker den Ödipuskonflikt besonders intensiv.

Wir hoffen dem Untersucher in der Praxis mit dieser Arbeit Ergebnisse gegeben zu haben, mit deren Hilfe er den Einzelfall besser beurteilen kann und erkennen kann, welche Art von Enuresis vorliegt.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

ABRAHAM K.: zit. nach LECHLER, das Bettnässen, Fortschr. d. Neurol., Psych. 17:533 (1949)

ADLER A.: (1908) Studie über die Minderwertigkeit von Organen, 8.Aufl.(1927) Bermann, Wien

ASPERGER H.: (1960) in Schmidt Opitz,Hdbch.d.Kinderheilkunde,Bd.VII, S. 861

BAKWIN H.: (1961) Enuresis in Children, J. Pediat. 58

BELLAK L.u.S.: (1949) The Childrens apperception test, New York.

BERGER J. u. RENNERT H.: (1956) Untersuchungen mit dem Scenotest bei Enuresis und Enkopresis, Prax. d. Kinderpsych. 5, 140 - 143.

BIERMANN G.: (1950) Über die klinische Behandlung der Enuresis, DMW 75, S.150

(1952) Einkotende Kinder, Psyche V, 618

(1956) Auswertungsbogen für den Scenotest (veröffl. 1970 in Arch.f. Kinderheilkunde 181.)

(1955) Geständnis und Wiederholungszwang im Scenotest. Zschr. f. diagn.Psych.u.Persönlichkeitsforschung 3,4, 317 -331.

(1958) Die psychologische Situation jugendlicher Diebe und ihre Projektion im Scenotest. Zschr.Kinderhk. 81, 509 - 528.

(1962) und BIERMANN R., Das Scenotestspiel der Schiziophrenen, Schweizer Arch. f. Neurol., Neurochir.u.Psychiat. 89, 95.

(1962) Die Familienneurose, Psyche 15.

(1966) Die seelische Entwicklung des Kindes im Familienmilieu Schizophrener. Schweiz.Arch.f.Neurol., 97,88.

(1966) Biographische Anamnese, Handbuch d. Kinderheilk. II,112 Springer, Berlin-Heidelberg-New York.

(1969) Psychosomatik des Asthma bronchiale im Kindes- u. Jugendalter, Prax. Kinderpsych. 2, 33 - 49.

(1970) Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten des Scenotestspiels, Arch. f. Kinderheilk. 181, 63 - 77.

(1972) Katamnesenprobleme in der Kinderpsychotherapie, im Handbuch der Kinderpsychotherapie, 2. Aufl. Band 2,S.1157, Reinhardt, München-Basel.

(1972) Die psychosoziale Entwicklung des Kindes, Reinhardt, München-Basel.

BREM-GRÄSER L.:(1957) Familie in Tieren, 2.Aufl. 1970, Reinhardt, München-Basel.

CHRISTOFFEL H.:(1944) Trieb und Kultur. Zur Sozialpsychologie,Physiologie und Psychohygiene der Harntriebhaftigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis, Schwabe, Basel.

CREMERIUS J., ELHARDT S.: (1954) Psychosomatik im Rahmen der mediz. Poliklinik München, Med. Wschr. Münch. 96:185.

DECHENE H. CH.: (1967) Geschwisterkonstellation und psychische Fehlentwicklung, Barth, München.

DIESING U.: (1963) Enuresis, Krankheitsbild, Ursachen, Diagnostik, Therapie, Urologe 2, 294 - 305.

DÜHRSSEN A.: (1967) Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Vandenhoeck, Göttingen.

DUNKELL S.V.: (1954) An Exploratory Study of "das Formale" in the Scenotest. Diss. Zürich.

ENGELS H.: (1957) Eine spezielle Untersuchungsmethode mit dem Scenotest zur Erforschung der normalen kindlichen Persönlichkeit, Arch. f. Psych., Münster.

ERIKSON E.: (1965) Kindheit und Gesellschaft, Klett, Stuttgart.

FRANK L.: (1948) Projective Methods. New York.

FREUD A.: (1968) Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, Klett, Stuttgart.

FREUD S.: (1965) Gesammelte Werke, S.Fischer, Frankfurt/M.

HALLGREN B.: (1956) Enuresis I, Acta psychiat. scand. 31, 379 - 403
(1956) Enuresis II," " " 32, 405 - 436

HARNACK G.-A.: (1953) Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen, Karger, Basel/New York.

HARNACK G.-A. und WALLIS H.: (1954) Möglichkeiten und Grenzen der Anwendbarkeit des Scenotests. Mschr. Kinderhk. 102, 503.

HARNACK G.-A.: (1958) Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind, Thieme, Stuttgart.

HEINBERG H.: (1954) Der Scenotest als Mittel zur Erforschung veränderter Verhaltensweisen bei TBC-meningitisgeheilten Kindern, Mschr. Kinderhk. 101, 187 - 188.

HÖHN E.: (1951) Entwicklungsspezifische Verhaltensweisen im Scenotest, Zschr. f. Psychother. u. med. Psychol. 2, 77 - 86.

HORNEY K.: (1961) zit. nach WYSS, D: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart, Vandenhoeck, Göttingen.

JACOBI R.: (1967) Die Psychologie von C.G. Jung

JAIDE W.: (1953) Alters- und geschlechtstypisches Verhalten im Scenotest, Prax. Kinderpsych. 2, 292 - 297.

(1953) Verhalten Pubertierender im Scenotest, Prax. Kinderpsych. 5, 48 - 51.

JUNG C.G.: (1944) Psychologie und Alchemie, Rascher, Zürich.

KÄCHELE-SEEGERS B.: (1969) Über die Bedeutung der Vulgärlösungen im Scenotest als Ausdruck des Sozialverhaltens neurotischer, verhaltensgestörter, psychosomatisch erkrankter und hirnorganisch geschädigter Kinder und Jugendlicher, Diss. Med. Fak. München.

KARCH H.D.: (1969) Einige Milieufaktoren der frühesten Kindheit verhaltensgestörter Kinder und ihre Beziehungen zur Symptomatik, Diss. Med. Fak. München.

KEMPER W.: (1949) Das Bettnässerleiden, 2. erweiterte Aufl. (im Druck), Reinhardt, München-Basel.

KEMPER W.: (1953) Zur Pathogenese der Enuresis, Ärztl.Wschr. 575-602.

KEMPER W.: (1972) Die Psychotherapie des Bettnässens, im Handbuch der Kinderpsychotherapie, 2. Auflage, Band 1, S. 951, Reinhardt München-Basel.

KEARSLEY a. SNIDER et alii: (1962) Study of relations between psychological environment and child behaviour. Am J. Dis. Child. 104

KLAGES L .: (1950) Grundlagen der Wissenschaft vom Ausdruck, Bonn.

KLINGSPORN H.: (1956) Die biographische Anamnese in ihrer Bedeutung für die Prognose und Therapie des Bettnässerleidens. Diss.Heidelberg

KNEHR E.: (1961) Konfliktgestaltung im Scenotest, München-Basel, Reinhardt

KÜHNEN H.: (1972) Das Formaleim Scenotest, Diss. Univ. München.

LECHLER H.: (1949) Das Bettnässen, Sammelbericht über die Jahre 1926 bis 1948, Fortschr. d. Neurol., Psychiatr. 17 : 533.

LIENERT G.: (1961) Testaufbau und Testanalyse, Weinheim.

LÖWENFELD M.: (1954) Siehe Ch.Bühler: Der Weltspieltest in E.Stern: Die Tests in der klinischen Psychologie, Zürich, Rascher, Band 2, 698.

LÖWNAU H.: (1965) Gesichtspunkte für die Enuresistherapie, Mschr.f.d. Kinderhk. 113.

LUPNITZ S.: (1956) Der Scenotest als Mittel zur Erforschung der normalen kindlichen Persönlichkeit, psych. Rundschau VII/2.

MALMIVAARA K. und KOLHO P.: (1961) The personality of 5 - 7 year old enuretics in the light of the Sceno and Rorschachtest, Aurora Hospital, Helsinki, Ann.paed.Fenn. Vol 8, Fasc. 3.

MARCUSE M.: (1924) Das Bettnässen als sexualneurotisches Symptom. Zeitschrift f. Sexualwiss. 11,229.

MEAD M.: (1958) Mann und Weib, Rowohlt, Hamburg.

(1959) Geschlecht und Temperament in primitiven Gesellschaften.

(1965) Leben in der Südsee, Sozesny, München.

MEILLI R.: (1965) Lehrbuch der psycholog. Diagnostik, Huber, Bern.

MELAMED-HOPPE.: (1969) Die Schlüsselsituation im Scenotest als Konfliktdarstellung bei verhaltensgestörten, neurotischen, psychosomatisch erkrankten u. organisch geschädigten Kindern. Diss.Med.Fak. München.

MITSCHERLICH A.: Über die Bedeutung der Enuresis, Med. Klin. 42:11, 454 (1947)

(1963) Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft, Piper, München.

(1966) Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin I u. II, Suhrkamp, Frankfurt/M.

MITTENECKER E.: (1963) Planung und Auswertung von stat. Experimenten, Wien.

MOORE, T.: (1964) Realism and fantasy in childrens play. J. Child. Psychol. and Psychiat 5, 15 - 36.

MÜLLER C.: (1955) Zur Katamnese der Enuresis noct., Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatr. 75

MURRAY H.: (1943) Thematic apperception test, Cambridge.

MUSIOL B.: (1970) Numerische Bestimmung der Auswertungsobjektivität beim Scenotest, Diss. Innsbruck.

POTEN I.VON.: (1953) Die Beurteilung kindlicher Persönlichkeiten im Scenotest, Mschr. f. Kinderhk. 101, 189 -190.
(1952) Die Verwendung des Scenotests zur tiefenpsychologischen Untersuchung des Kindes, Mschr. Kinderhk. 101, 283 - 292.

PUFF G.: (1924) Über die Behandlung des Bettnässens auf Grund der Typeneinteilung. Diss. Med. Fak. Tübingen.

QUINT H.: (1959) Beitrag zur Frage der "Spontanheilung" der Enuresis nocturna. Prax.Kinderpsych. 8, 273-277,

RASHED-BARRADA H.: (1953) Das Bettnässen . Diss., Zürich.

RAUCHFUSS E.: (1939) Ursachen und Erscheinungsformen der Enuresis nocturna. Bleicherode a. H.

RICHTER,WAGNER u.a.: (1965) Katamnese und Diffdig. der Enuresis nocturna, Med.,Mschr. 20, 210 -15.

RICHTER H.-E.: (1960) Die Bedeutung der frühen Kindheit, Mschr. Kinderhk. 112.
(1963) Eltern, Kind und Neurose,Klett, Stuttgart.
(1970) Patient Familie, Rowohlt, Hamburg.

RORSCHACH H.: (1954) Psychodiagnostik, 7. Aufl. Bern/Stuttgart 1954, Huber.

SADGER : (1949) zitiert bei LECHLER

SCHAEFER R.: (1954) Psychoanalytic interpretation in Rorschach test in theory and application, New York, S. 114 - 139.

SCHMEER u. KLÜWER: (1955) Vorschlag eines Anamnesenschemas zur prakt. u. wiss. Beurteilung von Kinderneurosen. Prax. Kinderpsych. 14.

SCHULTZ-HENCKE H.: (1951) Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart.

SCHWIDDER W.: (1951) Untersuchungen zur Symptomatologie und Pathogenese der Enuresis, Diss. Berlin.

SPITZ R.: (1967) Vom Säugling zum Kleinkind, Klett, Stuttgart.

STAABS G. VON: (1964) Der Scenotest, Stuttgart, Huber 3. Auflage.

STAHL K.D.: (1963) Empirische Untersuchung zur Psychogenese der Enuretiker.

STEKEL W.: (1922) Psychosexueller Infantilismus, Berlin,Wien.

TOTZEK P.: (1969) Ein Satzergänzungstest bei 100 Enuretikern und 60 Nichtenuretikern, Diplomarbeit, Freiburg/Schweiz.

WAGNER K.D.: (1967) Zur Bedeutung psychosozialer Faktoren bei Enuresis noct. Ärztl. Jugendk. 58

WEBER A.: (1945) Über die Enuresis nocturna der Kinder, Mschr. Psych.11.

WEIZSÄCKER V. VON:(1947/48) Klinische Vorstellungen, VII - X,Psyche 1, 560.

WERCZBERGER A.:(1959) Zur Katamnese der Enuresis nocturna, Prax. Kinderpsxch. und Kinderpsychiatr. 8, 3

WIESENHÜTTER A.: (1959) Neurosen des Kindesalters, im Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, 2.Band, S. 317, Urban-Schwarzenberg, München.

WITTGENSTEIN O. VON : (1958) Die Raumsymbolik im Scenotest, Prax. d. Kinderpsychol. und Kinderpsychiatr. 7, 30.

WUNDERLICH C.: (1958) Das Umweltproblem im Scenotest. Med.Bild, 1, 79 - 86.

ZYLINSKI R.: (1968) 500 stationär behandelte Bettnässer, eine sozialpsychologische Studie mit Katamnese. Prax. Kinderpsychol. 171.

ZIERL W.: (1954) Zur seelischen Entwicklung des diabetischen Kindes, eine Untersuchung mit dem Scenotest, Ärztl.Wochschr. 41, S. 974 - 981.

(1959) Therapeutisches Rollenspiel im Scenotest ("Scenodrama"), Prax. Kinderpsychol. 8, 113 - 124.

ZULLIGER H.: (1966) Die Angst unserer Kinder, Huber, Bern.

(1965) Psychologische Tests und Psychotherapie bei Jugendlichen, im Handbuch der Kinderpsychotherapie, Band 1, S 517, Reinhardt, München-Basel.

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. G.Biermann, ehemaliger Leiter der Psychosomatischen Beratungsstelle der Kinderpoliklinik der Universität München und Leiter des Instituts für Psychohygiene des Kreises Köln, danke ich für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

L E B E N S L A U F

Am 2o. Juli 1943 wurde ich, Gerhard Walter Engler als Sohn des Kaufmanns Walter Engler und seiner Ehefrau Anna, geb. Flöck in München geboren.

1949 wurde ich in München eingeschult und besuchte ab 1953 das Adolf-Weber-Wirtschaftsgymnasium in München, wo ich 1963 die Reifeprüfung ablegte.

Nach der Ableistung meines Wehrdienstes begann ich 1965 das Medizinstudium an der Ludwig Maximiliansuniversität München und schloß nach 11 Semestern das Studium im Sommer 1971 mit der ärztlichen Prüfung ab.

Ab 1. Januar 1972 arbeitete ich als Medizinalassistent am Krankenhaus Kempfenhausen der Stadt München und seit dem 1. Mai 1972 bin ich am Heilig-Geist-Hospital in Hagen-Haspe in Westfalen beschäftigt.